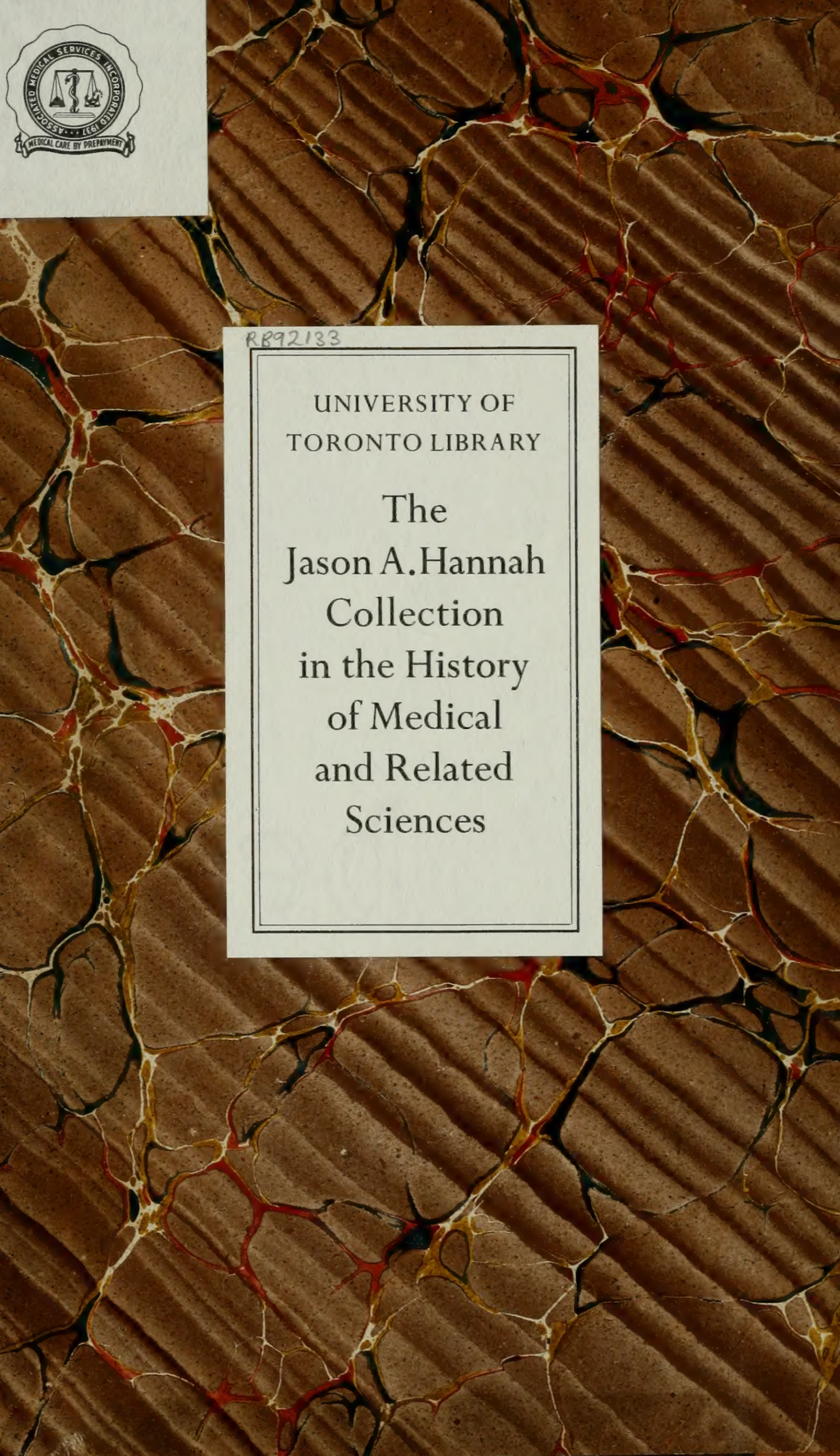
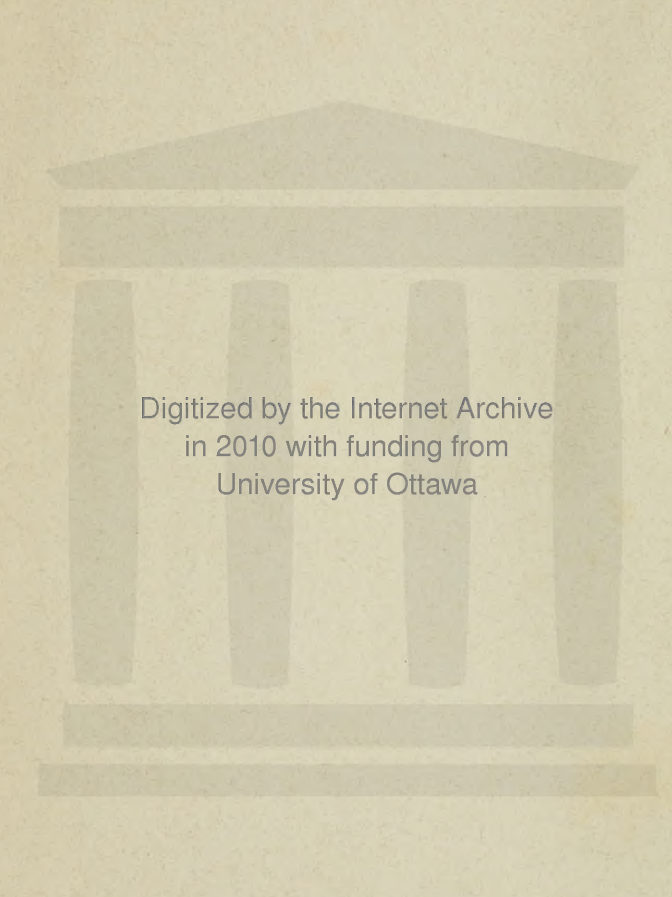



ASSOCIATED MEDICAL SERVICES INCORPORATED 1937
MEDICAL CARE BY PREPAYMENT





COURS

DE

PATHOLOGIE

ET DE

THÉRAPEUTIQUE

GÉNÉRALES.

OUVRAGES DE M. BROUSSAIS.

EXAMEN DES DOCTRINES MÉDICALES ET DES SYSTÈMES DE NOSOLOGIE, précédé de propositions renfermant la substance de la médecine physiologique. *Troisième édit.* Paris, 1829-1834. 4 forts volumes ·ni-8 28 fr.

COURS DE PATHOLOGIE ET DE THÉRAPEUTIQUE GÉNÉRALES, professé à la Faculté de médecine de Paris, Ire et IIe années, 1832 et 1833. — *Cours complet* composé de 129 leçons. *Deuxième édition.* Paris 1834, 5 forts volumes in-8. 40 fr.
Séparément, 2e année 1833, ou leçons 61 à 129, formant les t. 3, 4, 5. Paris, 1834, 3 vol. in-8. 23 fr.

TRAITÉ DE PHYSIOLOGIE, appliqué à la pathologie. *Deuxième édition.* Paris, 1834, 2 vol. in-8. 13 fr.

COMMENTAIRES DES PROPOSITIONS DE PATHOLOGIE consignées dans l'Examen des Doctrines médicales. Paris, 1829, 2 vol. in-8. 13 fr.

LE CHOLÉRA-MORBUS ÉPIDÉMIQUE, observé et traité selon la méthode physiologique; 2e édition avec notes et un supplément. Paris, 1832, in-8. 3 fr. 50 c.

MÉMOIRE sur l'influence que les travaux des médecins physiologistes ont exercée sur l'état de la médecine en France. Paris, 1832, in-8. 1 fr.

DE LA THÉORIE MÉDICALE dite **PATHOLOGIQUE**, ou jugement de l'ouvrage de M. Prus. Paris, 1826, in-8. 3 fr.

RÉPONSES AUX CRITIQUES de l'ouvrage sur *l'Irritation et la folie.* Paris, 1829, in-8. 1 fr. 50 c.

ANNALES DE LA MÉDECINE PHYSIOLOGIQUE, journal publié par M. Broussais; 1822-1834, 13 *années; Collection complète formant* 26 forts volumes in-8. 200 fr.
— Séparément chaque année 27 fr.

PORTRAIT DU PROFESSEUR BROUSSAIS, gravé par Bonvoisin d'après le tableau de Duchesne, gravure grand in-4. 6 fr.
Lettre grise, 10 fr.; papier de Chine, 12 fr.

DE L'IRRITATION ET DE LA FOLIE, ouvrage dans lequel les rapports du physique et du moral sont établis sur les bases de la médecine physiologique, avec cette épigraphe : *Lisez*, 2e édit., revue, corrigée et augmentée. Paris, 1834, in-8 *Sous presse.*

COURS
DE
PATHOLOGIE
ET DE
THÉRAPEUTIQUE GÉNÉRALES,

PROFESSÉ A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

PAR F.-J.-V. BROUSSAIS,

Professeur à cette Faculté, membre de l'Institut,
Médecin en chef et premier Professeur à l'Hôpital militaire d'instruction
du Val-de-Grâce, Officier de la Légion-d'Honneur, etc., etc.

STÉNOGRAPHIÉ PAR M. TASSET,

RÉDIGÉ PAR P.-M. GAUBERT,

ET REVU PAR L'AUTEUR.

DEUXIÈME ÉDITION.

TOME DEUXIÈME.

A PARIS,

CHEZ J.-B. BAILLIÈRE, LIBRAIRE,

RUE DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE, N° 13 *bis.*

LONDRES, MÊME MAISON, 219, REGENT-STREET.

A BRUXELLES, CHEZ TIRCHER.

1834.

Propriété de mademoiselle A. Delaunay.

IMPRIMERIE DE LACHEVARDIERE,
RUE DU COLOMBIER, N. 30.

COURS
DE
PATHOLOGIE
ET DE
THÉRAPEUTIQUE
GÉNÉRALES.

TRENTE-ET-UNIÈME LEÇON.

18 janvier 1832.

Suite des gastro-entérites aiguës. — Résumé du pronostic. — Traitement.

—

Messieurs,

Dans la leçon précédente nous nous sommes particulièrement appesanti sur le pronostic de la gastro-entérite, considéré, non comme un objet de divination ou de vaine curiosité, mais comme une évaluation des symptômes qui peuvent faire

présager une issue bonne ou mauvaise. Ce n'est qu'ainsi qu'il devient un sujet intéressant. Pour arriver à cette évaluation, nous avons eu égard à différentes circonstances :

1° A l'état antérieur du malade ou à ce qu'était sa santé avant l'apparition de l'état aigu ;

2° A l'explosion subite ou au développement lent de la maladie : chaque jour je répète dans ma clinique que, quoiqu'une affection du canal digestif commence sous des apparences bénignes, il faut toujours se tenir en garde contre les suites qu'elle peut avoir, parce que, si on la néglige, il arrive quelquefois qu'après un certain nombre de jours elle est plus grave qu'une autre qui aurait débuté d'une manière violente. Il faut toujours profiter du temps qu'elle vous laisse pour agir. Quant à celle dont l'explosion est brusque, elle dépend le plus souvent de causes accidentelles, par exemple, d'un excès d'alimens, d'une substance âcre ou trop stimulante, d'un purgatif drastique, d'une superémétisation, etc. ;

3° A l'âge ;

4° A l'intensité et à l'opiniâtreté de deux grands phénomènes : l'excitation du système sanguin et celle du système nerveux. Vous comprendrez cela si vous parvenez à effacer de votre esprit les maladies factices, les groupes de symptômes ou les entités, et à ne voir que des organes souffrans. Il est certain que les inflammations vont

remuer le cœur et agiter le cerveau et les nerfs, et que, plus elles sont intenses, plus la circulation et l'innervation sont troublées. Cette proposition si simple, qu'elle ne paraît rien, est presque tout dans le pronostic des maladies. Ce sont ces deux phénomènes qui donnent la mesure des inflammations intérieures, comme des extérieures, ainsi que nous l'avons vu ;

5° Aux complications qui s'ajoutent à la phlegmasie principale, et qui viennent de la prédisposition du malade à être affecté de tel ou tel organe, ou de ce que l'inflammation du canal digestif n'ayant pas été suffisamment combattue, ou ayant peut-être même été favorisée par un traitement ou un régime intempestifs, est sortie de ses limites naturelles et s'est répétée dans plusieurs autres organes ;

6° A la saison et aux climats : les gastro-entérites sont plus catarrhales et plus rapprochées de la forme dont on a voulu faire la dothinentérie, dans les saisons humides et froides. Elles le sont moins en été dans les climats chauds. Aussi les gastro-entérites de ces climats, à commencer par la fièvre jaune, se guérissent-elles par les mêmes moyens et aussi facilement que nos gastro-entérites d'été. Vous avez parmi vous des habitans des pays chauds qui vous attesteront ce fait ; et, d'un autre côté, les élèves de l'école physiologique, maintenant répandus sur tous les points du globe, l'ont vérifié de manière à

ne plus permettre aucun doute. Lorsque les coteries ne seront plus en aboi, tout le monde en conviendra ;

7° Aux symptômes nerveux : quand ils surviennent ou qu'ils persistent dans une période avancée de la maladie, surtout si elle n'a pas été combattue dans le début, ils annoncent d'ordinaire une désorganisation du canal digestif. S'ils se manifestent au commencement, ils peuvent dépendre d'une congestion facile à enlever, et alors ils sont peu graves. Chaque jour on nous apporte dans nos hôpitaux des hommes malades depuis peu de temps, atteints de ces symptômes, et qui, après une première application de sangsues, en sont délivrés et hors de danger ;

8° Aux catarrhes qui s'ajoutent à la maladie pendant l'hiver : j'en ai distingué de deux sortes, les uns qui sont le résultat de la surexcitation et de la gêne de la circulation, et les autres l'effet du froid. Je vous ai dit qu'il pouvait s'y adjoindre une péripneumonie, dont souvent le malade mourait plutôt que de la gastro-entérite. Rien n'est plus simple que cela ni plus facile à comprendre, et je ne conçois pas qu'on ait pu le mettre en doute. Le bon sens vous dit qu'un organe de premier ordre, comme le poumon, malade seulement au même degré qu'un organe de second ordre, comme le canal digestif, causera la mort avant celui-ci, et à plus

forte raison s'il l'est davantage. Mais le bon sens en médecine! qui est-ce qui s'en doutait avant l'ère physiologique?

9° A la diarrhée : elle cède quelquefois dans le commencement de la maladie. Quand elle revient ensuite, c'est un mauvais signe, parce que cela prouve que l'inflammation de la partie inférieure n'a pas été effacée par celle de la partie supérieure. Une diarrhée qui se sera renouvelée dix, quinze, vingt fois, comme cela se voit, et qui se sera suspendue et reproduite par les oscillations de l'inflammation de la partie supérieure à l'inférieure, dénotera une désorganisation profonde de la région iléo-cœcale. Quant aux cas où la diarrhée continue pendant le cours de la maladie malgré la prédominance des symptômes qui annoncent l'inflammation de la région supérieure et la part que le cerveau y prend, ils sont extrêmement fâcheux. Nous en avons eu beaucoup l'année dernière parmi les conscrits de la garnison de Paris. C'eût été une excellente occasion de prêcher la dothinentérie; mais ces gastro-entérites n'arrivent pas par une fatalité d'éruptions folliculaires. Si vous calmez les irritations du canal digestif quand elles commencent, vous n'aurez point de dothinentérie, tandis que vous ne vous préserverez pas de la petite vérole, à moins que vous ne vous fassiez vacciner. Il y a long-temps que j'ai émis cette idée, et ceux qui ont su en profiter ont empêché le dé-

veloppement des gastro-entérites aiguës chez eux et chez beaucoup d'autres.

10° Aux escarres, qui arrivent le plus souvent quand il y a une grande irritation du canal digestif; aux érysipèles, qui sont quelquefois critiques, et qu'il ne faut pas respecter superstitieusement, mais guérir; aux parotites, qui peuvent entraîner des congestions cérébrales, et qu'il faut traiter de même.

Nous avons promis de nous occuper des symptômes de bon augure; les voici : quand les phénomènes nerveux cèdent aux antiphlogistiques et ne durent pas plus de trois ou quatre jours, c'est d'un excellent présage; quand le pouls, après avoir été serré, se développe et se maintient en cet état, vous avez tout espoir; quand la stupeur, la fuliginosité, les soubresauts et le délire sourd viennent à cesser, et qu'en même temps l'appétit se déclare, cela est heureux; mais n'allez pas prendre trop de confiance et proclamer le malade sauvé, car il serait possible qu'il y eût encore une désorganisation circonscrite, mais profonde dans les intestins grêles, et qu'une perforation venant à se faire, il se développât une péritonite mortelle. Ainsi, point de pronostic positif ni de déclaration tranchante : vous ne pouvez qu'espérer. Pour être sûr du succès, il faut qu'en même temps la fréquence du pouls tombe. En effet, elle se maintient quelquefois malgré le retour de l'appétit, le rétablisse-

ment de l'expression normale de la physionomie, les yeux redevenus humides, la langue nettoyée, fraîche, etc. Tant qu'elle dure, vous ne pouvez répondre de rien. Le moindre excès, la plus légère faute peuvent rappeler la maladie, la faire remonter dans la partie supérieure, attaquer le système nerveux, perforer l'intestin, aller au poumon : tenez-vous toujours en garde. Quand la fréquence du pouls commence à diminuer, le malade est à peu près sauvé, pourvu qu'il se ménage; quand elle diminue de cinq à dix pulsations dans l'espace de vingt-quatre heures, il l'est tout-à-fait, à la même condition. Avant cela, vous n'aviez qu'une présomption plus ou moins fondée; maintenant vous avez une certitude.

Lorsque des malades succombent par une rechute, on trouve ordinairement des ulcères entièrement ou en partie cicatrisés, d'autres dont les bords sont affaissés, d'autresdont ils sont rugueux, durs, élevés, d'autres ayant perforé les parois intestinales et livré passage à l'inflammation qui est allée au péritoine, et qui peut aussi y parvenir sans qu'elles ait été percées.

Quant aux selles, elles doivent se rétablir d'elles-mêmes, et, quand cela arrive, c'est une chose avantageuse. Il peut y avoir une ou deux selles diarrhéiques; mais ensuite, si elles deviennent moulées, la convalescence est assurée.

Il est temps de nous occuper du traitement, et nous devons le faire avec d'autant plus de soin qu'il n'existe rien de complet à cet égard.

Il faut prendre d'abord la maladie à son début, et concevoir que toute irritation gastro-intestinale peut devenir gastro-entérite à tout âge, quoiqu'on ait eu déjà plusieurs fois cette maladie. Avec cette idée, vous aurez toujours en vue de faire avorter la phlegmasie du canal digestif qui débute sous forme d'embarras gastrique, c'est-à-dire qui s'annonce par une mauvaise bouche, un mal de tête, de la lassitude dans les membres, des nausées, une espèce de frisson s'entremêlant de chaleur, une sensibilité variable de l'estomac, etc. Ces symptômes, qui peuvent être les prodromes de la gastro-entérite, si on ne l'empêche pas de parcourir ses périodes, peuvent aussi ne les être pas si on l'arrête. Figurez-vous la position d'un homme qui recueille des observations : il en prend un certain nombre, dix, cinquante ou quatre-vingts, qui n'ont pas été arrêtées au commencement; il énumère les symptômes du début et vous dit : ce sont là les prodromes, et il vous décrit ensuite la maladie elle-même, comme si ce n'était pas toujours le même objet variant seulement d'aspect et de force, de même qu'un adulte n'est qu'un enfant développé. Sur ces quatre-vingts prodromes, soixante au moins pouvaient être guéris et n'auraient été qu'un premier degré de gastro-entérite

arrêtée, s'ils eussent été traités à temps. Voilà la question. Il me semble l'avoir depuis longtemps nettoyée de tous les sophismes dont on a voulu l'obscurcir. Les médecins qui ont observé attentivement ces prodromes, et il s'en est trouvé un assez grand nombre pour l'avoir fait sur tous les points de la terre habités, les ont conçus comme moi, toutes les fois qu'ils se sont aidés de leur conscience en même temps que de leur raison. De leur conscience, dis-je, car il en faut en médecine, et malheureusement la phrénologie nous prouve que les hommes n'en sont pas tous suffisamment pourvus. Cette faculté fondamentale a besoin d'être beaucoup cultivée. Voyez plutôt Gall et Spurzheim.

Il faut faire avorter la gastro-entérite dans ce qu'on nomme ses prodromes, et le moyen le plus efficace pour cela consiste dans les saignées locales, les applications de sangsues, ou les ventouses à l'épigastre, les cataplasmes émolliens, la diète et les boissons adoucissantes. Il est bien certain que ce traitement arrête plus des trois quarts des gastro-entérites aiguës. Cependant, quelques unes peuvent guérir par un traitement différent, par un vomitif, par exemple. Ce vomitif, qui est, je suppose, le tartre stibié, excite l'estomac et provoque des évacuations copieuses. Or, toute évacuation est débilitante, et même anthiphlogistique, quand, pour l'ob-

tenir, on n'a pas trop stimulé l'organe malade. Mais le canal digestif, et surtout l'estomac, est un organe extrêmement sympathisant, qui communique son irritation aux organes sécréteurs, et s'en débarrasse par des flux abondans de bile, de suc pancréatique et de mucosité, en même temps que par les boissons délayantes dont on accompagne l'usage des vomitifs, de sorte que leur action phlogosante peut être compensée et neutralisée par ces évacuations et ces boissons. Cela est si vrai, que, lorsque l'émétique n'évacue pas abondamment, il l'irrite, même dans la péripneumonie, où on l'administre quand l'estomac n'est point ou que peu affecté. Ensuite il faut noter qu'il y a des personnes chez lesquelles les sécréteurs obéissent plus facilement que chez d'autres à la stimulation de l'émétique. Si vous tombez sur ces personnes, surtout après une saignée, il est bien possible en effet que, par un vomitif, vous fassiez échouer leur gastro-entérite. Mais, parce que cela vous arrivera quelquefois, il faut bien vous garder de conclure que ce moyen soit sûr : il l'est si peu que, dans la grande majorité des cas, sur les sept huitièmes environ, la maladie, après avoir été diminuée pendant quelques heures, reprend son essor et se développe avec une nouvelle intensité. Lorsque je la traitais d'après la *Nosographie philosophique*, c'est-à-dire avec l'émétique, presque toujours, le lende-

main de son administration, je voyais survenir des phénomènes nerveux. Nous y étions tellement habitués, mes confrères et moi, que nous disions, en voyant un malade au début d'une gastro-entérite, et que l'on faisait vomir : voilà un homme qui a aujourd'hui un embarras gastrique, et qui demain sera dans l'adynamie. Cela ne manquait guère, et alors la maladie marchait vite. C'est ce qui me fit abandonner cette pratique et lui substituer d'abord le traitement négatif purement adoucissant. Je fus long-temps sans employer les sangsues, parce que je ne me représentais pas exactement la phlegmasie et sa manière de se comporter, c'est-à-dire sa tendance à s'étendre dans le canal digestif et à se propager dans l'économie. Je ne songeais guère alors qu'à la fièvre bilieuse ou gastrique. Quoi qu'il en fût, en supprimant l'émétique et me tenant aux émolliens, je diminuais le nombre des fièvres adynamiques, qu'on appelle maintenant typhus ou dothinentérie. Quand il m'arrivait des individus dans ce dernier état, je n'osais plus leur donner le quinquina, le camphre, la serpentaire de Virginie, etc.; je me bornais à la limonade vineuse : j'en guérissais beaucoup avec cette limonade. Enfin, les ouvertures de cadavres me montrant toujours des inflammations dans le canal digestif, il s'éleva un doute dans mon esprit, et je me dis : on prétend que ces inflammations sont

l'effet de la maladie, et qu'il ne faut pas y avoir égard. Si je retournais la proposition !

J'étais dans cette perplexité lorsque je me trouvai relégué, avec un grand nombre de malades, dans une partie de l'Espagne que l'on nomme *el Puente del Arzobispo*, sans ressources et sans médicamens, n'ayant que du vinaigre et de l'eau. Je donnai de l'eau vinaigrée à mes malades. Quelques uns, qui éprouvaient des symptômes ataxiques, se trouvèrent mieux dès le lendemain, et leur état s'améliora de jour en jour. Il en guérit plusieurs. Alors il s'opéra dans ma tête un bouleversement, comme il s'en opère un peut-être en ce moment dans la vôtre, et je compris que le moment d'une révision sur ce que j'avais appris était vraiment venu. Je l'entrepris en 1814, époque à laquelle je rentrai en France, et où je me trouvai comme forcé de me livrer à l'enseignement pour mieux débrouiller des vérités que je ne sentais encore que confusément. Je commençai par me demander à moi-même et à plusieurs de mes anciens élèves, dont la plupart vivent encore, si les prétendues fièvres essentielles n'étaient pas des phlegmasies et ne devaient pas être traitées comme telles. Alors commença la réforme du traitement. Nous nous aperçûmes que plusieurs gastro-entérites, après avoir d'abord marché fort avantageusement, s'exaspéraient tout-à-coup. Nous voulûmes en connaître la cause, et, en re-

doublant d'attention, nous parvînmes à découvrir que les malades s'étaient procuré soit un peu de vin, soit un peu de bouillon, quelques cuillerées de soupe, etc. Je pris le parti de faire placer ces malades dans une salle d'où ils ne pussent pas communiquer avec l'extérieur, et de les entourer d'une active surveillance. Oh! alors un nouveau jour brilla pour nous : nous reconnûmes que la moindre chose suffisait pour rappeler une gastro-entérite qui était sur le point de se terminer; que le plus léger aliment ou la plus petite dose d'un médicament stimulant faisait revenir les symptômes ataxiques, etc. Notre théorie se fixa.

Ce n'est pas moi seul qui ai fait cette révolution dans la science. J'ai été encouragé et secondé par mes camarades et par plusieurs de mes élèves de cette époque, qui sont maintenant des médecins recommandables. Je ne me suis détaché de mes anciennes idées qu'avec une peine et des efforts inexprimables, et que vous ne sauriez imaginer. Ceux qui veulent vous jeter dans le même embarras ne s'y sont jamais trouvés, ou sont organisés de manière à vivre tranquillement dans l'erreur.

C'est à partir de cette époque que la méthode de traitement des gastro-entérites fut définitivement instituée de la manière suivante, qui est encore celle que nous suivons aujourd'hui.

Dans le début de la maladie, quand il n'y a

que des symptômes d'embarras gastrique, nous ne donnons pas l'émétique, parce que, s'il guérit quelquefois, il nuit dans le plus grand nombre des cas. Si l'individu est pléthorique et qu'il ait, avec sa gastro-entérite, une congestion dans la tête ou dans la poitrine, on le saigne, et, le même jour, ou à la même heure, on lui applique des sangsues à l'épigastre proportionnellement à ses forces, depuis 3 pour un enfant de un à trois ans, jusqu'à 60 pour un adulte. On en diminue le nombre pour les vieillards. Cependant il faut s'entendre à leur égard. En général on se fait une fausse idée de la vieillesse, surtout les jeunes gens : on s'imagine que tout homme qui a les cheveux blancs et quelques rides est dans la débilité; mais il faut avoir égard à la consistance des chairs, à la nutrition, à la coloration; quand elles sont fermes, colorées, bien nourries, que les cheveux soient blancs, ou noirs, ou verts, cela n'importe, vous pouvez saigner. Mais quand l'individu est maigre, détérioré, ce qui arrive le plus souvent, parce que rarement un homme passe la cinquantaine sans avoir un ennemi intérieur, un *lethalis arundo*, qui le mine, ou, pour parler sans figure, une affection chronique qui nuit à sa nutrition, et à laquelle une aiguë s'est ajoutée, un tel individu ne doit pas être saigné avec autant de hardiesse qu'un sujet neuf qui n'avait aucune maladie antérieure.

Ces distinctions établies, revenons au précepte commun. Après les sangsues tombées, on laisse saigner leurs piqûres, et l'on recouvre même celles-ci de cataplasmes pour faciliter l'écoulement du sang. Souvent la maladie est arrêtée après ces premiers moyens. L'individu recouvre l'appétit, et pourrait même reprendre ses fonctions; mais il ne faut pas se presser de lui donner à manger. On doit toujours avoir présente à l'esprit la manière dont l'inflammation se développe, et se rappeler que presque toujours il y a un point où l'inflammation a régné quelque temps à l'état latent et d'où elle a fait irruption. Dans ce dernier cas même, en tenant le malade à la diète pendant quelques jours, les deux points d'irritation, l'ancien et le nouveau, se guérissent. Quelquefois les phénomènes d'irritation gastrique se renouvellent le surlendemain : la fréquence du pouls reparaît, ainsi que la mauvaise bouche, le dégoût, la nausée, la turgescence de la région épigastrique, la régurgitation bilieuse, etc. Les sangsues font disparaître ces symptômes aussi complètement que pourrait le faire un vomitif, et sans le danger d'un vomitif.

On a écrit que l'élément bilieux, qui est censé exister dans ce cas, était si réel, qu'il ne cédait pas au traitement antiphlogistique. Cela est faux. Ils sont par milliers les élémens bilieux que l'on guérit par les sangsues. L'expérience

est ici pour nous, aussi bien que le raisonnement; qui nous dit que, si la bile est dans l'estomac, c'est qu'une irritation l'y appelle, et que cette irritation peut être enlevée par les sangsues. Si elles ont été insuffisantes et que les symptômes reparaissent, on fait renouveler la saignée générale. En même temps on prescrit les boissons et les lavemens adoucissans et émolliens. S'il survient de la diarrhée, il faut appliquer les sangsues à l'anus. Souvent les vomissemens, le mauvais goût à la bouche, etc., et la diarrhée, existent en même temps : alors une application de sangsues à l'épigastre enlève l'embarras gastrique, et une à l'anus enlève la diarrhée. Si vous ne mettez de sangsues qu'à l'anus, l'embarras gastrique persévère; et de même pour la diarrhée, si vous n'en mettez qu'à l'épigastre. Il faut attaquer les deux points en même temps.

Si l'on s'y prend à temps, on peut opérer avec succès dans ces divers cas; et, lorsqu'on ne réussit pas, cela dépend de ce que les prétendus prodromes ont duré trop long-temps, c'est-à-dire de ce que la maladie a été négligée, de ce que l'irritation n'a pas été enlevée assez promptement dans le canal digestif. Alors vous avez la fièvre bilieuse, ou la fièvre muqueuse ou la fièvre inflammatoire, c'est-à-dire, dans le premier cas, une plus grande fréquence du pouls, la langue plus ou moins rouge, la soif

brûlante, plus ou moins de faiblesse, etc. Vous trouverez, dans les descriptions que l'on a faites des fièvres bilieuses, une soif ardente, un mal de tête affreux, des déjections bilieuses qui viennent de temps en temps, un sentiment de brûlure, de chaud et de froid alternatifs, etc. Ces symptômes, qui ont fait donner à la fièvre bilieuse le nom de fièvre ardente, peuvent être enlevés à mesure qu'ils se présentent, le mal de tête par une saignée de la jugulaire ou du bras, la chaleur et le froid, ainsi que la soif ardente, par une saignée à l'épigastre. Le météorisme et les douleurs intestinales cèdent aux mêmes moyens, employés à temps, bien entendu. Quand vous n'enlevez pas complètement la maladie, il vous reste les symptômes que je vous ai indiqués au début, l'inappétence, la soif, la nausée, la fréquence du pouls, etc., qui finissent par se dissiper graduellement.

Si la maladie n'est pas enrayée, et si, au contraire, elle acquiert plus d'intensité, les symptômes nerveux arrivent. Alors vous avez la preuve que la membrane muqueuse du canal digestif est profondément atteinte, et que la gastro-entérite est devenue typhoïde.

Ces différentes tournures que la maladie peut prendre sont extrêmement remarquables. Parmi les malades qui en sont atteints, vous observez trois chances : les uns sont guéris, les autres restent dans un état fébrile peu caractérisé, et

les derniers sont pris de phénomènes nerveux. Voyons de quelle manière le traitement doit être poursuivi dans ces deux dernières catégories, en commençant par l'avant-dernière, c'est-à-dire par celle où la fièvre continue sans phénomènes nerveux. Que ferez-vous après que vous croirez avoir suffisamment débilité les malades ? Vous resterez tranquille ; vous donnerez des boissons adoucissantes, et vous observerez s'il ne survient rien de particulier ou de saillant. Vous trouverez dans les auteurs que l'eurodynie, la diarrhée, la dysurie, sont des symptômes de fièvre muqueuse. Ces symptômes prouvent que la phlegmasie est partagée par la membrane muqueuse du poumon, du gros intestin ou de la vessie. Vous devrez la combattre dans ces organes. Quand il surviendra des maux de tête, vous ferez prendre des bains de jambes, vous appliquerez des sangsues sur la jugulaire ou sur les tempes. Quand ce sera une diarrhée, vous donnerez la décoction blanche, des lavemens amilacés, avec quelques gouttes de laudanum, ou une décoction de têtes de pavot ; si elle résiste, vous ferez des révulsions sur les extrémités inférieures avec une teinture mordante, avec une pommade stibiée, et quelquefois vous appliquerez les vésicatoires ; mais vous ne donnerez pas de bouillons fortifians, car vous perdriez les deux tiers de vos malades.

Vous ne devrez pas considérer ces symptômes

comme devant nécessairement accompagner la gastro-entérite, et il faudra les détruire en détail quand ils se présenteront, de même qu'un bon général cherche à empêcher ses ennemis de se réunir et à les attaquer séparément pour être plus sûr de les vaincre. De cette manière on amène à la convalescence des gastro-entérites d'une nuance modérée, ou qui n'ont produit que de légères désorganisations.

Quant à celles qui étaient trop fortes au moment où elles vous sont présentées, qui avaient eu de longs prodromes, qui ont été exaspérées par les stimulans, qui s'accompagnent de phénomènes nerveux et qui constituent notre troisième catégorie, vous ne pouvez plus espérer de les enlever par des émissions sanguines parce qu'il existe dans le canal digestif des ulcérations, des ramollissemens, des érosions, qui exigent un temps assez long pour se guérir, de même que lorsque ces désordres existent sur la peau. Pendant que la nature travaille à leur guérison, et tant que la maladie n'est par arrêtée, il y a un état fébrile et quelques phénomènes nerveux. L'irritation retentit dans le cerveau et dans la moelle épinière; il y a plus ou moins de stupeur, de soubresauts, etc. Nécessairement la maladie sera longue, mais toujours parce qu'elle n'aura pas été arrêtée dès le commencement.

Quelle conduite tiendrez-vous dans cette cir-

constance? Tant que la stupeur, la rougeur des yeux, le tremblement des membres, la couleur brune de la langue, etc., existeront, vous ne donnerez point d'excitans, et vous emploierez les boissons les plus légères, l'eau légèrement sucrée ou faiblement acidulée, l'eau de gomme ou de fleurs de guimauve, l'orgeat, etc., à petites doses; vous ferez avaler de la glace, surtout en été. D'ordinaire, lorsque les sangsues ont été employées en quantité suffisante, il n'y a plus autant de soif : c'est pourquoi vous ne gorgerez pas vos malades de boissons, car vous leur en donneriez des indigestions. Il est bon qu'un jeune médecin, qui aime à donner des soins attentifs aux malades et qui désire s'instruire, passe des nuits auprès d'eux et se fasse garde-malade. Il apprendra ainsi à juger de la marche de la maladie et à apprécier l'effet des médicamens. J'ai vu des élèves qui hésitaient à me croire, se ranger de mon avis aussitôt qu'ils avaient passé quelques nuits à côté de malades auxquels on faisait boire du quinquina. Ils étaient convertis en voyant que le corps tremblait, que les muscles s'agitaient, que le pouls se concentrait, qu'une sueur se répandait sur le corps qui se desséchait ensuite, en un mot, que tous les symptômes s'exaspéraient après l'administration de ce médicament. Ils étaient convaincus que ce qui tombe dans l'estomac retentit dans le corps par la stimulation des

papilles nerveuses de cet organe. Il faut donc ne donner pendant ce temps que des boissons adoucissantes, et en même temps, s'il y a diarrhée, des lavemens émolliens, et faire des fomentations sur l'abdomen. Je suppose que l'époque des saignées est passée; car, quand il y a des symptômes nerveux, il ne faut plus guère y penser.

Lorsque, par le secours de ces moyens, le malade semble sortir tout-à-coup de la nuit du tombeau, qu'il vous sourit, que sa bouche cesse d'être encroûtée et son haleine fétide, que ses yeux, de secs et pulvérulens qu'ils étaient, redeviennent humides, qu'il éprouve de la répugnance pour les boissons et qu'il demande à manger, c'est le moment où le médecin physiologiste peut assurer son salut, comme c'est celui où l'ontologiste le tue en s'empressant de lui donner des alimens. Gardez-vous d'imiter ce dernier et de rien changer à votre méthode. L'amélioration survenue vous indique que la phlegmasie a cédé dans la région gastrique, et qu'un dégorgement s'est en même temps opéré dans la tête. Mais cela n'empêche pas qu'il ne puisse encore y avoir de grandes désorganisations dans les intestins grêles. Continuez vos mêmes moyens, et, si vous voyez qu'au bout de deux à trois jours le mieux se confirme, que la diarrhée cesse, que le météorisme disparaît, que le pouls se ralentit, que les forces renaissent, et que le

malade persiste à demander à manger, vous pourrez commencer à le nourrir, quoiqu'il ait encore de la fièvre. Mais que lui donnerez-vous? Un peu de bouillon de poulet, de petit-lait, de tisane légèrement lactée, c'est-à-dire des boissons que les anciens médecins donnaient en premier lieu, et pendant la plus grande acuité, comme antiphlogistiques.

Mais nous avons encore d'autres détails à vous présenter. On a vanté dans cette maladie, le froid appliqué sur l'abdomen. Plusieurs médecins italiens, et entre autres Giannini, en ont obtenu des succès. Ce moyen calme, quand la maladie n'a pas cédé; mais il ne convient que quand il y a à la peau une chaleur assez forte pour faire fondre la glace; sans quoi il vaut mieux n'employer que l'eau à dix ou douze degrés. Plusieurs inconvéniens peuvent résulter de l'emploi de la glace, et il est bon que vous en soyez prévenus. Pour peu que le malade ait une disposition catarrhale, elle le fait tousser; il peut contracter une bronchite, une pneumonie, une péricardite, et mourir. Cela arrive plus fréquemment dans les pays froids qu'en Italie, où les étés sont longs et chauds; aussi les Italiens retirent-ils plus d'avantage que nous de l'application du froid. Un autre inconvénient de son usage, c'est de déterminer, chez certains malades, des péritonites et des cystites, et chez d'autres, qui n'ont pas une grande force de régénération

du calorique, des coliques et de violentes douleurs rhumatismales. Pour ces raisons, je ne l'emploie qu'avec beaucoup de circonspection et toujours de préférence chez les sujets jeunes, neufs, quand leur maladie est récente et la saison favorable. On peut même, dans ces circonstances, se passer d'émissions sanguines; mais il est toujours plus prudent de commencer par elles. L'année dernière, j'imaginai d'appliquer les lavemens froids aux gastro-entérites qui étaient parvenues à l'état nerveux, et que l'on n'avait pu arrêter parce qu'on s'y était pris trop tard. Quand je ne pouvais saigner les malades, j'avais recours à ces lavemens, qui m'ont paru avantageux; mais, lorsqu'il y avait des ulcérations et que la maladie était grave, je n'en faisais pas usage, parce que j'avais peur de provoquer ou une péritonite, ou une complication de catarrhe. Il n'y a rien, au reste, de plus délicat que ce traitement.

Quant aux vésicatoires et aux révulsifs, j'ai été obligé d'y renoncer dans la majeure partie des cas, parce que je redoutais ou l'absorption des cantharides, ou l'influence de la phlegmasie cutanée; je craignais qu'ils n'exaspérassent la maladie. Cependant, après les avoir condamnés, j'ai cru reconnaître des cas où ils peuvent être utiles, par exemple, quand on a suffisamment saigné les malades et que la peau est froide. Le mois dernier, nous avons eu un

homme affecté d'une gastro-entérite tellement intense, qu'elle aurait pu passer, dans la bouche d'un médecin alarmiste, pour un choléra-morbus. Nous avions été plus de huit jours sans pouvoir réchauffer ce malade; il vomissait, il allait à la garderobe, il avait les yeux rouges, il était véritablement cadavérisé. Une application de sangsues à l'épigastre fit cesser les vomissemens, et une à l'anus arrêta la diarrhée. Ensuite, quelques sangsues appliquées au cou n'ayant pas produit d'effet, nous stimulâmes la peau par des vésicatoires et des frictions soutenues, et, après avoir lutté pendant quinze jours contre le froid des extrémités et la concentration du pouls, nous eûmes la satisfaction de guérir ce malade. Ce n'est pas le premier que nous ayons tiré d'un pareil état. Dans ce cas donc, quand il n'y a pas de chaleur à la peau, quand on croit avoir suffisamment saigné et qu'il y a concentration à la tête, les vésicatoires peuvent être utiles. Tous les moyens d'ailleurs peuvent être bons, et il n'en est aucun qui doive être absolument condamné : il ne s'agit que de savoir en faire l'application.

TRENTE-DEUXIÈME LEÇON.

11 janvier 1832.

Suite du traitement de la gastro-entérite et de ses complications. — Effets des stimulans dans cette maladie.

—

Messieurs,

Le traitement des gastro-entérites est le point capital de la médecine, et ce n'est que par une étrange aberration de jugement que quelques coteries en font la moindre partie de l'histoire des maladies. Toutes vos recherches et tous vos efforts doivent aboutir à ce point; car vous n'êtes pas médecins pour découvrir par le récit des malades, par le tact, par l'oreille nue ou armée du stéthoscope, etc., les maladies, mais pour les guérir; ou du moins, le diagnostic vers lequel vous tendez n'a et ne doit avoir d'autre but que le traitement. Or, le traitement se fait en modifiant les puissances extérieures nuisibles qui agissent sur le malade, et en faisant que ce qui agit, je suppose, comme quatre, n'agisse plus que comme deux. Tel est votre rôle dans la société, si

vous voulez vous dire médecins; sinon, dites-vous naturalistes, nosologistes, savans, ou ce qu'il vous plaira. Le sujet étant si important, nous allons y revenir un peu plus longuement que nous n'avons coutume de faire pour d'autres.

En nous rappelant les situations diverses dans lesquelles nous avons examiné l'inflammation du canal digestif, qui représentent presque toutes les fièvres des anciens, nous avons commencé par reconnaître que, quand le médecin était appelé dans le commencement de la maladie, il devait agir d'une manière, et que, lorsqu'il l'était à une époque plus avancée, il devait agir d'une autre manière. Cette distinction n'est pas faite suffisamment par les classiques, qui vous indiquent le traitement trop en général, sans vous supposer d'avance dans les positions différentes qui devront se présenter à vous dans la pratique. Il faut qu'on vous indique, non pas toutes ces positions, car le nombre en est infini, mais les principales, pour que, exercés à résoudre celles-ci, vous ne soyez pas embarrassés ou déconcertés à l'aspect des autres : c'est ce que j'ai tâché de faire, en vous posant les principales indications.

Quand vous êtes appelés dès le début, au moment où il n'y a encore qu'un trouble commençant des fontions digestives, avec assez de signes cependant pour vous convaincre que ce trouble est dû à une irritation, vous devez agir

par les déplétions locales. Voilà un premier principe, un principe immense par ses résultats, et c'est bien à tort qu'on a voulu le ridiculiser ; car, en attaquant les gastro-entérites dans l'endroit où elles débutent, on en arrête un très grand nombre; on diminue ainsi la somme des maux de l'humanité, et le philantrope, ou du moins l'homme compatissant, s'en applaudit. La compassion et la philantropie, il est vrai, ne sont pas données à tous les hommes, et c'est une des raisons sans doute pour lesquelles nous avons des contradicteurs. Conformément à ce premier précepte, si la maladie commence par l'estomac, on applique des sangsues à l'épigastre ; s'il y a du dévoiement, on les applique à l'anus; s'il existe du météorisme ou de la tension dans l'hypogastre, on les applique autour de l'ombilic ou dans les fosses iliaques; s'il y a pléthore, congestion, on saigne par la lancette. Ensuite, on écarte toute stimulation, on emploie les topiques émolliens, les boissons aqueuses; mais on proscrit les bouillons et la soupe, que le malade s'empresse ordinairement de réclamer beaucoup trop tôt, ou dont le médecin continue de lui laisser faire usage avant aucun trai tement, sous prétexte que la maladie n'est pas déclarée, qu'il n'y a pas assez de symptômes pour la caractériser, qu'il ne faut pas être exclusif, que c'est un jeune mari qui a fait des excès avec sa femme, ou une petite femme qui

a éprouvé des contrariétés ou des émotions nerveuses de la part de son mari, que c'est un malheureux père abattu par des chagrins de famille, qu'il faut attendre que la force nerveuse se soit relevée, etc. : mauvaises raisons, qui ne servent qu'à prolonger la durée des maladies ou à les rendre inguérissables. Attendez que la maladie soit complètement arrêtée pour donner votre bouillon, et vous la guérirez beaucoup plus promptement et plus radicalement. Il est vrai que cette pratique n'est pas la plus avantageuse sous le rapport du lucre, puisqu'elle fait avorter la majorité des maladies; mais j'en appelle à cet égard à votre conscience et à votre probité.

Pour les cas où l'inflammation est lancée avec vigueur, où il y a fréquence du pouls de 110 à 130 pulsations par minute, soif ardente, etc., en un mot, fièvre bilieuse, muqueuse ou inflammatoire, la question principale est celle-ci : faut-il ponrsuivre la maladie par des émissions sanguines jusqu'à ce qu'elle ait cédé? ou bien faut-il, après un certain nombre d'émissions sanguines, s'arrêter, et laisser marcher l'inflammation en donnant des adoucissans?

Avant de répondre, levons quelques objections. Un partisan des anciens systèmes, s'il se rencontre avec vous près d'un malade dans cet état, vous dira : Les autres maladies que vous avez arrêtées n'étaient que des embarras gas-

triques, et différaient essentiellement de celle-ci, devant laquelle vous échouerez ; vous aurez beau tirer du sang, elle n'en marchera pas moins. Vous pourrez lui répliquer que d'abord la maladie qui marche n'a pas été traitée à temps, et qu'ensuite on peut encore assez souvent, comme nous allons le voir, l'arrêter, quoiqu'elle ait marché.

D'autres médecins vous diront : Il est des maladies qui, sans avoir eu de longs prodromes, et sans qu'on puisse dire qu'elles ont été négligées, ne peuvent être arrêtées. A ceux-là, vous ferez observer qu'il se trouve des individus qui, sans avoir d'inflammation antérieure proprement dite, sont tellement prédisposés, que, les causes déterminantes arrivant, ils en contractent d'incoërcibles.

Revenons à la question : si vous êtes sûrs que l'individu n'a pas un fond de maladie chronique antérieur à l'état aigu, vous pouvez poursuivre vos émissions sanguines jusqu'à extinction complète de l'inflammation. Dans ce cas, je fais une saignée d'une livre, et même plus ; j'applique 40, 80, 100, jusqu'à 200 sangsues. Si la maladie ne s'arrête pas, que le sujet soit neuf et riche en sang, qu'il éprouve des exacerbations, je le saigne de nouveau, et plusieurs fois encore, pendant ces exacerbations. Mais je n'ose vous donner le conseil d'en faire autant ; car il faut une extrême habitude et être bien

sûr de soi pour combattre ainsi un état fébrile jusqu'à ce qu'on l'ait exterminé. Le plus souvent, lorsque la maladie résiste, c'est qu'il y a une phlegmasie partielle du canal digestif qui a fait des progrès et déterminé un commencement de désorganisation qui ne peut être guéri subitement.

Quand vous n'avez plus de motifs pour insister sur les émissions sanguines, vous êtes réduits au rôle de l'expectation; mais ce rôle doit être éclairé. Pendant que durent les symptômes qui annoncent une affection profonde de la membrane muqueuse et une participation plus ou moins grande du système nerveux à cet état, vous devez vous abstenir de toute boisson nutritive. J'ai fait ce matin, au Val-de-Grâce, l'application de ce précepte à un malade, en présence des élèves de la clinique. Je leur ai rappelé les expressions dont je m'étais servi dans ma leçon précédente : Voici, leur ai-je dit, un homme qui semble sortir du tombeau, ou se dégager de ses langes, comme un poulet qui vient d'éclore. Il avait hier la figure immobile, en stupeur, les yeux secs, etc. Aujourd'hui il demande des alimens; mais ce n'est pas encore le temps de lui en accorder. Vous voyez la fréquence du pouls, les mouvemens tremblans, les avant-bras tendus ainsi que tout le corps; si je voulais le tirer à moi, je le lèverais tout d'une pièce. Cependant il commence à sourire, mais

son sourire n'est pas franc. Laissons-le encore à ses mêmes boissons. Demain il sourira sans grimaces ; après-demain, son estomac sera complètement libéré, son pouls moins fréquent, et alors.....

Alors vous pouvez commencer à nourrir avec l'eau de poulet ou de veau, les boissons lactées, les émulsions, le petit-lait, etc. Plus tard, lorsque la fréquence du pouls est complètement tombée, et que ces boissons nutritives deviennent insuffisantes, vous voyez survenir chez le malade un appétit vorace et presque féroce. Vous croiriez avoir affaire à un animal carnassier que rien ne peut assouvir. Cependant un souffle peut le faire retomber. Mais ce que la nature veut, elle le veut énergiquement ; maintenant elle veut la nutrition, et l'on voit des convalescens se donner deux ou trois indigestions sans avoir de rechutes. Ce n'est pas une raison pour céder complaisamment à leurs désirs ; car, quand sur quinze ou vingt convalescens vous n'auriez à vous reprocher que la rechute d'un seul, ce serait encore trop. Cette rechute peut amener une perforation des intestins et une péritonite consécutive qui enlève le malade ; elle peut occasioner une congestion cérébrale qui le foudroie. Le médecin dira qu'il l'avait guéri, mais qu'un accident est survenu, et se croira quitte : il fallait prévenir cet accident.

Voilà la marche et le traitement de la gastro-

entérite indépendante de toutes complications. Occupons-nous maintenant de celles-ci.

La péripneumonie exige que vous insistiez davantage sur les émissions sanguines générales, et que vous en fassiez aussi de locales sur les engorgemens locaux des parenchymes pulmonaires.

La cystite réclame des applications de sangsues à l'hypogastre, à la racine de la verge, au périnée.

L'hépatite demande que vous insistiez, non pas sur les vomitifs ni sur les purgatifs, mais sur les déplétions sanguines à la région du foie et sous le rebord des côtes.

La staphylite, l'angine, la laryngite, exigent les sangsues, et en même temps les bains de jambes.

La principale complication est l'affection cérébrale, et, pour elle, il faut s'entendre. Si elle a lieu dans le début, quand le sujet est plein de sang, il faut pratiquer une saignée générale, et, si elle ne suffit pas, appliquer des sangsues sur le trajet des jugulaires ou sur les tempes.

La soif inextinguible et la chaleur de la peau excessivement brûlante exigent les boissons glacées et le froid à l'extérieur, non pas toujours la glace, mais au moins les fomentations froides. Si vous êtes dans un été chaud, vous pouvez appliquer la glace sur la tête, sur l'abdomen, et même sur la poitrine, et la faire prendre à l'in-

térieur. Mais si vous êtes dans une saison humide et froide, ou dans une intermédiaire, comme le printemps et l'automne, ou si vous agissez sur des sujets à faible réaction, à constitution lymphatique et catarrhale, dont le cœur et les poumons sont disposés à se congester, le froid pourra déterminer des péritonites, des catarrhes, des cardites, etc., qui causeront la mort dans l'espace de douze à vingt-quatre heures. Quand on emploie ces moyens énergiques, il faut toujours songer à ce qui peut s'en suivre.

Les phlegmasies externes, dont les anciens ont fait grand bruit au sujet de leurs crises, que les modernes ont rajeunies sous le même point de vue, doivent, dit-on, être respectées. Ceci a besoin d'être physiologisé. Il semblerait, au premier aspect, qu'une grave maladie intérieure qui se transforme en une affection externe n'est point à craindre, et que le rôle du médecin devrait se réduire à regarder celle-ci marcher, à attendre la formation du pus pour lui donner issue, et à faire cicatriser l'ulcère. Mais il faut diviser cette question, et commencer par nous rappeler nos principes, qui ne sont point vagues, mais toujours résolubles en faits ou applicables à des faits. L'inflammation, quelque part qu'elle soit, quand elle est trop étendue, porte le trouble dans l'économie. Si un phlegmon critique est trop intense, attendez-vous à le voir ramener la phlegmasie intérieure.

qui vient de se dissiper, ou une autre, et songez que votre malade, qui n'est plus aussi fort que dans le commencement de sa maladie, quand il aura contracté une phlegmasie secondaire par ce phlegmon prétendu critique, y succombera très probablement. En second lieu, le dépôt critique peut se faire sur les organes importans, pour la conservation desquels les malades donneraient bien, comme ils le disent, plusieurs livres de sang.

Prenons des exemples : 1° Une parotide enflammée. Il est avantageux, dites-vous, qu'elle suppure. Mais pourtant, si l'inflammation est trop intense, elle pourra entraîner une congestion cérébrale funeste. Il est clair alors qu'il faut réduire cette inflammation, et, dût le malade être quinze jours ou trois semaines de plus à se rétablir, verser son sang, s'il est nécessaire. Vous avez aussi la révulsion, les sinapismes aux jambes, les évacuans du canal digestif; s'il est bien guéri, la manne, le séné, etc., enfin tout ce qui peut empêcher l'inflammation de s'étendre au cerveau. 2° Un œil compromis. Est-ce que vous balancerez à appliquer 15, 20, 30, 40 sangsues autour de cet œil pour le conserver, au risque de retarder la convalescence? Croyez-vous qu'une jolie femme vous reprochera ce retard qui vous aura fait lui conserver un œil? 3° Un abcès à l'anus, qui peut dégénérer en fistule si vous ne vous hâtez de le guérir. Pensez-vous qu'il n'y ait

pas d'avantage à le faire avorter, ou, au moins, si vous n'y parvenez pas, à faire en sorte qu'il produise moins de délabremens? Ce que je vous dis de ces inflammations est d'une si vaste application, que je puis vous épargner de plus amples détails. Vous voyez comment le précepte des anciens doit être modifié.

Occupons-nous des crises hémorrhagiques. Elles arrivent souvent dans le plus haut degré de la gastro-entérite, quand les malades sont prostrés. Faut-il alors les favoriser? Cela dépend du siége de l'hémorrhagie. Quand elle vient de la surface intestinale et qu'elle a lieu par l'anus, il n'est pas avantageux de la laisser aller. J'ai souvent vu des malades périr à la suite de ces hémorrhagies : après avoir demandé le vase, ils le remplissaient de sang et mouraient dessus. Quand vous voyez qu'une hémorrhagie se fait chez un sujet débile par une surface étendue, et qu'elle peut faire des progrès sans que vous vous en aperceviez, vous devez trembler pour les jours du malade. Alors il ne faut pas vous fier aux antiphlogistiques. Dans ces cas, j'exerce une forte révulsion sur la peau au moyen des vésicatoires, je donne des lavemens avec l'eau de son et les jaunes d'œufs, je les rends même un peu astringens. Il y a des années où les gastro-entérites sont plus hémorrhagiques. Je me souviendrai toujours de l'année 1813, où j'étais médecin de la onzième division militaire à Pau, et où je diri-

geais le service de santé du château de cette ville. Il y avait long-temps alors que la conscription s'exerçait avec sévérité : les conscrits étaient tristes, découragés; les gendarmes ramenaient des chaînes de déserteurs de trente à quarante hommes qui couchaient dans la ville. Il nous restait quelquefois cinq ou six gastro-entérites typhoïdes d'un seul passage ou dans une seule nuit. Le chagrin profond auquel ces malheureux étaient en proie les rendait sujets à des hémorrhagies effroyables du canal digestif. Ceux qui succombaient nous offraient des intestins injectés de sang et distendus comme des boudins. Nous trouvions de la rougeur dans la membrane muqueuse, des plaques, de petites ulcérations partielles, qui semblaient avoir laissé suinter le sang. Mon parti fut bientôt pris... Après avoir employé les antiphlogistiques, quand je voyais le pouls faiblir, s'effacer, l'extérieur du corps pâlir, j'avais recours aux révulsifs extérieurs, et aux acides minéraux à l'intérieur. Je donnais l'eau de riz acidulée avec un peu d'acide sulfurique, qui était le seul moyen de ce genre que j'eusse alors à ma disposition. J'appliquais un large vésicatoire sur l'abdomen. Je préservai ainsi de la mort un grand nombre de soldats, et je rendis le même service à beaucoup d'habitans de la ville, parmi lesquels cette maladie était aussi commune. Depuis lors, je ne l'ai plus rencontrée qu'une fois à Paris, mais moins

prononcée qu'à Pau, où j'ai appris à redouter et à traiter ces sortes de gastro-entérites.

Les hémorrhagies par le nez, ou épistaxis, se voient plus communément, surtout au printemps et en été, dans les mois de mai, juin et juillet. La tendance des mouvemens fluxionnaires vers la tête est alors très marquée; mais, quel que soit l'état adynamique du malade, vous avez rarement à craindre l'hémorrhagie nasale qui lui survient. Il est possible que la congestion cérébrale, dont elle est, pour ainsi dire, l'expression, ne soit pas assez diminuée par elle, ou, en d'autres termes, qu'il arrive plus de sang dans la tête en vertu de l'effort congestif qu'il n'en sort par le nez : alors il faut avoir recours aux bains de pieds, aux sinapismes, aux boissons acidulés émollientes et rafraîchissantes. Mais, dira l'étudiant inexpérimenté, comment m'y reconnaîtrai-je? quels signes me guideront? Si le pouls est fort, si la coloration de la face est marquée, si les carotides et les temporales ont de violentes pulsations, malgré l'hémorrhagie, mettez des sangsues à la gorge et révulsez ensuite sur les extrémités inférieures. Si, au contraire, la circulation est faible, misérable, si le sang que le malade perd est décoloré, appauvri, ne saignez point, contentez-vous des révulsifs aux mains et aux pieds. Au besoin, si l'hémorrhagie est trop forte, employez le tamponnement; mais ne vous pressez pas trop d'y recourir.

On disait autrefois que les hémorrhagies qui survenaient dans les fièvres graves ou de mauvais caractère étaient fâcheuses, et qu'il fallait les arrêter. On dounait des décoctions de quinquina et de l'eau de riz avec l'acide sulfurique, et l'on tamponnait. Les malades mouraient avec un nez gros comme le poing et une congestion considérable dans la tête. J'ai ouvert de ces individus, et je leur ai trouvé un état de boursouflement, d'injeetion et de rougeur de la membrane muqueuse des fosses nasales, avec des phlegmasies ulcérées dans les intestins.

La crise par la diarrhée ne doit être respectée que pendant deux ou trois jours. En effet, il peut se faire que les matières retenues pendant tout le cours de la maladie soient expulsées par une espèce d'effort accompagné de coliques, qu'il y ait même un mouvement fluxionnaire, et qu'au bout de deux ou trois jours cela se calme. Mais, quand la diarrhée persiste plus longtemps, c'est une phlegmasie qu'il faut attaquer par les émissions sanguines, les lavemens émolliens, narcotiques, et les rubéfians à l'extérieur.

On lit dans Hippocrate que, pendant le cours et à la fin des fièvres, il survient des érysipèles épouvantables, gangréneux, avec dénudation de la majeure partie des membres. J'ai été frappé de ce fait en lisant les Épidémies du père de la médecine, et j'ai vu qu'à cette époque, où les sciences commençaient à naître, cet

homme de conscience et de génie, n'ayant pas de motifs suffisans pour agir, se bornait, dans la plupart des cas, à observer, à hâter la terminaison des maladies, et à employer de petits moyens; qu'ainsi, dans les circonstances où l'inflammation se portait à l'extérieur, elle était tellement violente, qu'il en résultait des désordres excessifs. Nous voici précisément rentrés dans nos principes, nous autres médecins physiologistes qui pensons qu'il ne faut pas laisser prendre trop d'intensité à la maladie dans le commencement, et que, si l'on n'a pas été appelé dès le début, il est dangereux de laisser faire de trop grands progrès à une phlegmasie critique, capable de produire des délabremens considérables..... Si vous aperceviez un érysipèle critique qui se manifestât en même temps que le phénomène intérieur d'une phlegmasie trop intense, il faudrait avoir recours aux saignées locales, de peur qu'il ne devînt phlegmoneux et ne produisît des délabremens. Si au contraire il se montrait chez des individus qui eussent déjà été traités antiphlogistiquement d'une manière assez active, et si la rougeur se développait et tendait à parcourir la peau, il faudrait le combattre par les astringens, tels que l'acétate de plomb, ou par le nitrate d'argent. Nous avons eu l'année dernière, au Val de-Grâce, une épidémie érysipélateuse consécutive, c'est-à-dire que, dans un grand nombre de gastro-entérites qui

avaient marché un certain temps, il survenait des érysipèles. Nous avons rencontré cette année quelques exemples semblables; mais je ne sais s'ils se multiplieront. Voici ce que j'ai fait, en partant toujours de principes positifs. Si le sujet n'a pas été beaucoup saigné, et que le pouls soit vigoureux, je lui applique des sangsues et des fomentations émollientes; si l'érysipèle est faible et le malade débile, j'emploie des astringens et des calmans. En général, ces érysipèles sont loin d'être constans : on les observe chez les malades où la gastro-entérite est excessivement opiniâtre en certaines régions du canal, mais pas assez intense pour les jeter dans l'état adynamique, ou lorsque cette gastro entérite, après les avoir plongés dans cet état, leur permet de se remettre en rapport avec ce qui les entoure, tout en persistant encore à un degré assez fort pour désorganiser partiellement le canal digestif. L'inflammation a des nuances infinies, aussi variées que les physionomies des malades. Il y a des gastro-entérites qui mènent à l'adynamie, et d'autres qui n'y conduisent pas. Vous en avez qui vous trompent : l'estomac des malades se rétablit; ils ont faim, vous leur donnez à manger; il leur survient un érysipèle, puis une fièvre hectique, et ils meurent. D'autres ont des clous, des furoncles, de petits abcès, qui se répètent, avec fréquence du pouls ; au bout de quatre à six semaines, ils succombent dans un état de con-

somption et de marasme. C'est toujours la même maladie qui se diversifie. Vous n'apprendrez à la connaître sous toutes ses faces que dans une bonne clinquie et en vous guidant par des principes solides. Sans cela que ferez-vous? Que signifieront 84 observations de typhus et les entités que vous en extrairez, en comparaison des millions d'individus et de susceptibilités différentes qui peuplent le monde, et des millions de maladies aussi variées qui le dépeuplent?

Il faut absolument que le raisonnement soit appliqué à la médecine, et c'est en vain qu'on veut l'en bannir : vous raisonnez malgré vous. En effet, quand vous voyez survenir un érysipèle avant qu'on ait employé le traitement antiphlogistique, ou après des applications de sangsues dont les piqûres lui ont servi de point de départ, vous dites : voilà une complication; le malade a faim ou n'a pas faim, il est débile ou il ne l'est pas, il a plus ou moins de fréquence du pouls; il a ou n'a pas de diarrhée, etc.; vous faites la médecine des symptômes; vous traitez l'érysipèle, selon votre idée, ou par le nitrate d'argent, ou par l'acétate de plomb, ou par l'eau de sureau, etc.; le malade a faim, vous lui donnez à manger; il a la diarrhée, vous lui administrez des lavemens opiacés, vous soutenez ses forces, etc. Pour tout cela, vous raisonnez; mais vous raisonnez faux. Il faut dire : cet homme a

dans les intestins un fond de phlegmasie qui est la cause de cet érysipèle qui se déclare à la peau; il faut tenir à un régime sévère, aux boissons sucrées, gommées, lactées, ou aux bouillons très légers; il faut traiter son érysipèle d'après deux principes très différens, ou par les antiphlogistiques et les émolliens, s'il a beaucoup d'intensité, ou par les astringens et les légers caustiques, s'il en a peu. Mais il ne faut jamais perdre de vue le canal digestif irrité. Si ce même homme a de la diarrhée et de l'inappétence, c'est encore la preuve d'une inflammation intestinale non terminée; car les intestins grêles sont longs, comme vous savez, et l'inflammation les parcourt souvent dans toute leur étendue, et se montre encore rebelle dans les gros.

Quelquefois vous voyez un malade aux trois quarts guéri d'une gastro-entérite, chez lequel il survient un érysipèle ou des furoncles. Pour que ce malade périsse, il faut que l'inflammation se régénère dans le canal digestif, qu'elle s'y généralise, ou qu'il soit épuisé par une diarrhée, ou qu'il survienne une péritonite, ou qu'il se forme une congestion cérébrale, tant il est difficile dans certains cas que l'homme se détruise. Oh! si le médecin savait toujours apprécier les phénomènes morbides, et s'il pouvait les modifier à son gré, combien peu de malades périraient! Mais il est entravé par mille circonstances qu'il

serait trop long de vous énumérer, et que vous ne rencontrerez que trop souvent.

Je passe à l'emploi qu'on a fait des stimulans à l'intérieur, tels que le quinquina, le camphre, le vin, la serpentaire de Virginie, etc. Je sais qu'il y a des exemples de guérisons par ces moyens, mais c'est ici le cas de compter et d'employer la méthode numérique, moyennant toutefois qu'elle soit appliquée à des faits bien observés; car, sans cela, elle ne donnerait que des résultats faux. Si donc l'on compare un nombre de malades qui ont été stimulés dans la gastro-entérite, avec un pareil nombre qui ne l'ont pas été, on trouvera que la mortalité est au moins quatre fois plus grande chez les premiers. Je vous dis cela en conscience. Ce serait, je crois, par centaines qu'il faudrait compter, surtout dans les cas graves. Ensuite, si l'on veut que je rende compte de la manière dont ceux-ci guérissent, et de l'état de santé dans lequel se trouvent les sujets après leur guérison, on verra que c'est par des crises qu'ils échappent à la maladie et au traitement, c'est-à-dire que l'irritation provoquée dans le canal digestif par les stimulans met en feu toute l'économie, excite la circulation, force l'action des sécréteurs et des exhalans, et donne lieu à des hémorrhagies considérables, à des sueurs, à des phlegmasies extérieures, etc.; et que, parmi ceux qui guérissent

ainsi, il y en a beaucoup qui conservent une santé délabrée, qui restent affectés de gastrite on de duodénite chroniques, ou d'un état névropathique indestructible, etc. C'est une chose que j'avais en quelque sorte devinée quand je ne faisais encore que de commencer la réforme physiologique, et que j'ai depuis confirmée par une immensité de faits; car vous ne sauriez vous imaginer la quantité d'hypocondriaques qui viennent chaque année me consulter dans mon cabinet, et chez lesquels je constate un état névropathique qui remonte à huit, dix ou quinze ans. En les questionnant, j'apprends le plus souvent qu'ils ont eu une fièvre maligne dont on les a traités par les stimulans. Alors j'ai le mot de l'énigme. Mais ceci regarde les névroses, et ne doit pas encore nous occuper. Je dirai seulement, en passant, qu'il est très facile d'accumuler la sensibilité dans le canal digestif. Cette proposition pourrait être un beau sujet de thèse, et, si quelqu'un de vous voulait le traiter, je m'y prêterais volontiers. En général, à force de stimuler une surface de rapports riche en papilles nerveuses, on lui communique un degré de susceptibilité épouvantable, et cette susceptibilité devient pour l'économie une cause de perturbation continuelle, qui rend l'existence malheureuse. C'est surtout dans le canal digestif que cela se voit, indépendamment des

conséquences que l'inflammation peut y avoir, et qui entraînent souvent la mort. Les malades traités de gastro-entérites par les stimulans conservent souvent de ces susceptibilités.

TRENTE-TROISIÈME LEÇON.

23 janvier 1832.

Traitement des formes inflammatoire, bilieuse, muqueuse, cérébrale, miliaire, dysentérique de la gastro-entérite. — Convalescence de cette maladie.

—

Messieurs,

Je n'ai pas épuisé ce que j'ai à vous dire sur le traitement des gastro-entérites aiguës et sur leur guérison par les stimulans. Celle-ci, ai-je dit, est l'effet d'une crise provoquée par la stimulation et l'influence sympathique de l'estomac; pour l'obtenir, il faut que la phlegmasie ne domine pas dans cet organe : alors son irritation va retentir dans les secréteurs par lesquels la crise se fait, ou, si celle-ci n'arrive pas, le cœur, dont l'action est augmentée par ces stimulans, provoque une hémorrhagie, ou il se développe une inflammation extérieure. La stimulation de l'estomac devient d'ailleurs plus tolérable quand il y a eu préalablement des évacuations.

Nous avons à ajouter quelques considérations

relatives aux différentes formes de la gastro-entérite.

La fièvre inflammatoire, dont il faut bien se faire une idée, est une forme commune en général à plusieurs inflammations viscérales dans leur début. C'est une espèce d'état inflammatoire peu profond des membranes muqueuses des viscères, ou de ces viscères eux-mêmes, non partagé par le tissu cellulaire, état dans lequel il n'y a ni catarrhe, ni pneumonie, ni pleurésie, ni cardite, ni encéphalite, etc.; car, s'il y avait quelque chose de semblable, les auteurs qui ont admis la fièvre inflammatoire l'auraient dit. Mais, de ce qu'ils n'ont point dit cela, s'ensuit-il qu'il n'y eût qu'un mouvement fébrile sans aucune affection locale? je ne le pense pas. En effet, on ne peut citer de fièvre inflammatoire dans laquelle la langue n'ait pas une certaine rougeur, et la soif ne soit pas substituée à la faim, dans laquelle, par conséquent, il n'y ait pas une super-stimulation des muqueuses gastro-intestinales, et surtout de la supérieure, super-stimulation qui n'est qu'une inflammation commençante, pas encore assez forte pour ne pouvoir être arrêtée par une saignée générale ou une application de sangsues à l'épigastre.

Quelquefois, si l'on s'en rapporte à la nature pour la guérison de ces prétendues fièvres, il peut se former autre chose qu'une gastro-enté-

rite; l'inflammation peut devenir prédominante à la tête, et, quelques jours après, dans le poumon, ou dans un organe quelconque; mais il s'agit ici du commencement de la maladie.

N'y a-t-il pas, me demanderez-vous, de fièvre inflammatoire qui ne soit qu'un bouillonnement, une effervescence du sang, dans laquelle toutes les molécules vivantes sont excitées par ce fluide, sans qu'il y ait lésion ou affection des solides? Chimère! vous avez tout simplement une irritation simultanée des membranes muqueuses et du cerveau.

Mais n'est-ce point, comme on l'a dit, une phlegmasie des vaisseaux? Si c'est une phlegmasie des vaisseaux, vous le verrez bientôt : vous aurez les signes de la cardite, de l'artérite ou de la phlébite, qui auront débuté par les symptômes d'une fièvre inflammatoire. Mais pourquoi faire cette supposition? pourquoi créer des entités? Tant que l'on procèdera ainsi, on ne s'entendra pas. Les médecins se disputent depuis quatre mille ans : ils se disputeront éternellement, s'ils ne déterminent pas mieux les maladies. Quand un homme se présente à moi avec de la rougeur à la langue, de l'altération, la perte de l'appétit, la peau halitueuse, l'accélération du pouls, sans même que la bouche soit amère et qu'il y ait de sensibilité à l'épigastre, je le déclare atteint d'une irritation gastro-intestinale. Mais, me direz-vous, le défaut d'appétit, la soif, etc., ne

proviennent pas de l'irritation de l'appareil gastrique, mais de l'accélération du cours du sang. C'est là que je vous attends!... courez, dansez, prenez un bain de vapeur, accélérez votre circulation, et vous verrez si cela vous ôtera l'appétit. L'assertion, que l'état fébrile est déterminé par l'accélération du cours du sang, est donc fausse, et cet argument ne vaut rien.

Quand on vous présente un malade que l'on vous dit atteint d'une fièvre inflammatoire, il faut vous empresser de chercher le siége de l'irritation, et, si vous cherchez bien, vous le trouverez. Ensuite vous n'attendrez pas une crise favorable, mais vous saignerez ; car le sang est en mouvement, et, s'il ne produit pas une gastro-entérite, il pourra produire une encéphalite ou une autre affection, parce qu'il y a influence simultanée d'une irritation inflammatoire.

Quant à la forme bilieuse, croyez-vous qu'il faille, quand la bile régurgite, avoir recours aux vomitifs? j'ai déjà répondu à cette question. Je ne donne pas l'émétique deux fois par an pour cet objet, et cependant je traite des centaines de malades dans ce cas. Une simple application de sangsues à l'épigastre fait disparaître ces symptômes. S'ils persistent, c'est qu'il y a gastrite prédominante, et, s'ils reviennent, c'est que le malade a été mal traité. Dans l'un et l'autre cas, il faut les combattre

de la même manière, mais avec plus d'activité. Vous n'accorderez donc jamais, me demanderez-vous, d'émétiques? on a cependant obtenu des succès par leur emploi. Oui, quand la maladie n'était pas intense, et dans des circonstances particulières; mais, quand elle l'était, même médiocrement, les malades, s'ils n'en mouraient pas, étaient plongés dans un état plus grave. Je ne vois donc pas de nécessité de donner les émétiques. C'est déjà un grand danger de leur emploi, que celui que je viens de signaler. Mais, en outre, ils peuvent causer des déchirures ou des perforations d'estomac; ils peuvent déterminer la rupture d'un anévrisme. Nous avons vu de ces accidens. Depuis que les médecins physiologistes ont élevé la voix, on ne donne plus ces médicamens perturbateurs avec autant de témérité. On ne les concède guère que dans ces péripneumonies désespérées, après avoir poussé les saignées aussi loin qu'il est possible, et surtout quand l'estomac est sain, conformément à ce principe: *melius anceps remedium quam nullum*. Ainsi, point de vomitifs dans la variété bilieuse. S'il survient un vomissement spontané, favorisez-le avec de l'eau chaude, le malade s'en trouvera soulagé. Donc, concluerez-vous, on aurait bien fait de le provoquer. Non! si la nature le veut, laissez-la faire, secondez-la doucement; mais ne la violentez pas. Si vous faites vomir tous vos malades, sur moins de mille, il

y en aura un qui mourra dans le vomissement.

La forme muqueuse demande-t-elle quelque médication spéciale? Il y a les aphthes, pour lesquelles des saignées locales sont nécessaires, ainsi que des lotions, émollientes d'abord, astringentes plus tard. Il y a les catarrhes, la cystite surtout, qui exigent aussi leurs traitemens particuliers. Mais faut-il avoir recours aux minoratifs pour exciter les sécrétions et les évacuations muqueuses? Je n'en vois pas la nécessité. Il vaut mieux se borner à détruire l'irritation qui engendre ces matières : elles finissent toujours par sortir d'elles-mêmes. En donnant un purgatif, vous pouvez faire rétrograder une phlegmasie qui allait se terminer. Avec les purgatifs et les vomitifs, on ne peut répondre de rien.

La forme cérébrale exige-t-elle un traitement particulier? Il faut d'abord agir sur l'épigastre, et ensuite, si cela ne suffit pas, sur la tête, à moins que, dès le commencement, la congestion encéphalique ne soit trop forte ou prédominante. Le plus souvent cette congestion provient des voies gastriques : j'ai en ce moment sous les yeux un malade qui m'en a fourni deux fois la preuve. Il a été attaqué d'une gastro-entérite avec congestion cérébrale : une application de sangsues au cou a fait disparaître celle-ci. Pendant sa convalescence, en mangeant de la soupe, il a été replongé dans la congestion cérébrale : une autre application de sangsues

l'en a retiré une seconde fois. Ceci est surtout applicable aux enfans : pour peu que la gastrite soit vive, il leur survient une congestion à la tête; mettez-leur des sangsues à l'épigastre, et cette congestion se dissipera; si elle persiste, appliquez-leur-en au cou, ou derrière les oreilles. Mais souvenez-vous que, tant que la congestion de l'estomac persévèrera, celle de la tête ne cessera pas complètement. Les rapports de l'estomac avec le cerveau sont plus prompts et plus intimes dans l'enfance qu'aux autres âges.

Quant aux phénomènes nerveux qui se manifestent à la fin de la maladie, et qui tiennent à l'altération de la membrane muqueuse, n'espérez pas les enlever, et surtout ne stimulez pas cette membrane par des purgatifs, tels que l'huile de ricin, le tamarin, etc.; ces médicamens ne sont propres qu'à défigurer la marche de la maladie et à ramener des symptômes fâcheux. Vous n'avez autre chose à faire, ainsi que nous l'avons déjà dit, que de révulser en appliquant la chaleur aux extrémités inférieures, et d'utiliser le froid, si le malade n'est pas disposé aux catarrhes.

La variété miliaire, non plus que la variété pétéchiale, n'exige rien de spécial : ces variétés dépendent de la chaleur, et se voient en été. Les éruptions ortiées, avec un aspect comme couenneux, le pemphygus, les vésicules à la peau, ne changent rien à l'indication principale; attachez-vous à elle, détruisez l'irritation

viscérale, et ces éruptions et ces vésicules disparaîtront.

La *forme dysentérique* est souvent fort intense. Il existe quelquefois des influences épidémiques qui la déterminent, et c'est alors qu'ont lieu les épidémies de dysenterie dont les modèles se trouvent dans les ouvrages de Tissot et de Zimmermann, qui ont décrit, non la dysenterie pure, bornée aux coliques et aux déjections alvines, mais la dysenterie avec fièvre, délire, symptômes nerveux; de sorte qu'elle s'est trouvée faire corps avec les fièvres de mauvais caractère. Il n'y a que la doctrine physiologique qui puisse débrouiller ce chaos.

Lorsque des circonstances favorisent l'explosion des colites, par exemple, une nourriture de mauvaise qualité, le froid humide alternant avec le chaud, ainsi que cela arrive à la fin de l'automne et au commencement du printemps, ou pendant les nuits dont le froid est en opposition avec la chaleur du jour, vous voyez souvent la gastro-entérite débuter, sous une forme aiguë, par la région inférieure du canal digestif, ou les gros intestins. Ce n'est plus simplement une petite diarrhée venant d'en haut; comme dans la prétendue dothinentérie, mais un ténesme douloureux, avec des envies continuelles d'aller à la selle, sans pouvoir rendre autre chose que des mucosités sanguinolentes, avec des coliques plus ou moins violentes, des douleurs qui retentissent dans les

lombes, dans les cuisses, dans les jambes, des cuissons plus ou moins insupportables, un état d'anxiété et de malaise, quelquefois des déjections de sang pur.

Une chose avait frappé Zimmermann : c'est que les matières contenues dans le colon ne sont pas évacuées; l'irritation est bornée à son extrémité inférieure, et il n'y a pas d'effort qui tende à chasser vers le bas les matières retenues dans le cercle de cet intestin. En cet état plusieurs chances sont possibles : 1° L'inflammation peut marcher avec une telle rapidité que les malades, sans éprouver de fièvre, périssent avec des coliques atroces, des convulsions, et la gangrène du colon. J'en ai vu un seul exemple : c'était un malade qui avait souffert pendant plusieurs jours des douleurs affreuses, et n'avait évacué que de la partie inférieure. Il n'avait pas été soigné, parce que, à l'armée, où cela se passait, on n'a pas toujours les moyens nécessaires à sa disposition. Cet homme mourut, ayant le colon gangrené dans la majeure partie de son étendue et rempli de fécès : mais rarement la maladie présente cette intensité. 2° Après quelques ténesmes violens, qui ne sont pas suivis d'évacuations stercorales, ces évacuations finissent par arriver; il se fait un dégorgement du canal digestif, et le malade est soulagé. Zimmermann, d'après ce fait, avait posé en principe que les purgatifs étaient le meilleur remède de la dysenterie : la maladie

étant circonscrite à la partie inférieure, en excitant la supérieure, il opérait une révulsion. Ce n'était pas parce que la matière était expulsée, mais parce qu'une pluie pancréatico-bilieuse et muqueuse, qui venait d'en haut, déterminait la résolution de la congestion d'en bas. Il donnait ensuite des adoucissans, des calmans, des narcotiques, puis il revenait aux purgatifs; il donnait surtout des narcotiques après les purgatifs. C'était aussi la pratique de Sydenham, qui n'avait pas spécialisé les faits. Tissot, dans son *Traité de la dysenterie*, a prétendu que c'était à tort qu'on l'attribuait aux fruits, et qu'ils en étaient au contraire le meilleur remède. Il dit avoir vu un régiment entier attaqué de disenterie, s'en guérir en mangeant le raisin d'une vigne où il s'était arrêté.

Voilà des faits très intéressans sans doute; mais ils sont loin de répondre à tout. Ces moyens peuvent réussir quand la phlegmasie est bornée à l'extrémité inférieure du colon; mais souvent elle ne s'arrête pas là. L'inflammation ne pactise pas avec les faiseurs de maladies. Un individu qui semble n'avoir qu'une dysenterie se trouve souvent, malgré le purgatif ou avant son administration, dans un état fébrile : l'irritation, partie du bas, finit par prédominer dans le haut, et devient une gastro-entérite. On a voulu faire des entités de ces cas, et, en fondant les fièvres essentielles avec la dysenterie, établir des dysenteries bilieuses, des dysenteries adynami-

ques, ataxiques, etc. Vous voyez que le fait en lui-même a été observé, mais qu'il n'a pas été compris. Quand un malade se présente, vous ne savez pas ce qui va arriver; mais vous avez un devoir à remplir : c'est de combattre l'inflammation où elle est. Si donc un individu vous arrive sans fièvre, sans symptômes de gastrite ou d'entérite, avec un fort ténesme, au lieu de courir la chance d'un purgatif ou d'un vomitif, qui appellera peut-être l'inflammation vers la partie supérieure et déterminera une gastro-entérite aiguë, combattez la colite partielle par les antiphlogistiques. On ne peut se faire une idée des résultats avantageux que donne cette pratique : au moyen d'une application de sangsues à la marge de l'anus, vous enlevez en un instant une phlegmasie de six pouces à un pied d'étendue. Les matières qui étaient contenues dans le canal digestif sortent d'elles-mêmes, et le malade est guéri. Vous êtes dispensé d'employer les purgatifs recommandés par Zimmermann et Tissot pour évacuer la bile, à l'âcreté de laquelle ils attribuaient la maladie. Zimmermann croyait que cette bile se corrompait et déterminait la fièvre putride, ce qui lui indiquait qu'il fallait l'évacuer; mais il vaut mieux suivre notre pratique, c'est-à-dire appliquer les sangsues à l'anus, et ensuite favoriser a sortie des matières par des lavemens émolens. Supposez le cas où la phlegmasie n'est pas

bornée à la partie inférieure, mais étendue à la supérieure, et où elle constitue une gastro-entérite : alors vous attaquerez celle-ci, sans vous embarrasser de retrouver une entité perdue ou d'en découvrir une nouvelle.

Occupons-nous maintenant de la manière de *conduire la convalescence.* Quand il n'y a pas eu de stupeur, d'adynamie, en un mot, de symptômes cérébraux, nous pouvez accorder des boissons alimentaires aussitôt que l'appétit se déclare ; mais, quand les symptômes ataxiques et adynamiques ont existé, et que le malade sort de son état de stupeur pour vous demander à manger, il faut également commencer, mais plus tard, par les boissons alimentaires, plus légères, par la raison simple que l'aùtopsie prouve que la partie inférieure n'est pas encore guérie quand la supérieure l'est, surtout si la maladie a débuté par la diarrhée et le météorisme, et si celui-ci a persisté. En effet, lorsque le météorisme, non celui du haut, qui provient du colon, mais le météorisme du milieu du ventre, ou circum-ombilical (1), a persisté pendant la maladie, soyez sûrs que l'inflammation a prédominé dans les intestins ; et si un malade ainsi affecté vous demande à manger au bout de dix ou quinze jours, pendant qu'il a ce météorisme, gardez-vous de lui en accorder. Donnez-

(1) On les distingue fort bien par la percussion des gaz accumulés. M. Piorry a rendu sur ce point de grands services.

lui seulement, quand le moment favorable sera venu, une cuillerée de lait sur cinq ou six d'eau de gomme ou de guimauve, ou d'une légère décoction d'orge. Le météorisme tombé et le ventre assoupli, vous passerez au bouillon, et de là aux petits potages.

A présent que votre malade mange, il va être tourmenté par un appétit dévorant; car l'appétit des convalescens va jusqu'au délire. Cependant, quand vous avez la certitude que les intestins ont beaucoup souffert; quand il reste de la diarrhée ou une disposition à ce que le météorisme reparaisse, vous devez employer de grandes précautions pour revenir aux alimens proprement dits. Je ne parle pas ici de la sensibilité, parce qu'elle varie trop : j'ai lu dans un ouvrage qu'elle se rencontrait quand le malade avait été traité par la méthode mixte; ce qu'il y a de certain, c'est qu'elle n'existe pas, ou seulement pendant les premiers jours, lorsqu'il l'a été antiphlogistiquement. Si le malade a eu les intestins malades, vous devez le tenir, pendant une ou deux semaines, aux alimens les plus légers, aux crêmes d'orge, de riz, aux bouillies bien cuites, faites avec de la farine qui aura été passée au four, et continuer ce régime jusqu'à ce que la fréquence du pouls ait complètement cessé, et que vous soyez rassurés contre le danger de la perforation.

Quand vous avez enlevé une gastro-entérite ou

une dysenterie adynamiques ou ataxiques commençantes par une application de sangsues, et que vous trouvez le lendemain le malade sans fièvre, gardez-vous de lui rien donner pour le nourrir; laissez-le à l'eau, quelque faible qu'il soit. Vous entendrez dire à des médecins qu'il faut redonner du ton à ce malade, parce qu'il a perdu du sang et qu'il est sans fièvre. Au contraire, il faut le laisser quelque temps dans cet état de faiblesse, à moins cependant que la perte de sang n'ait été excessive. Alors vous lui donnerez, quoi?... une cuillerée de bouillon coupé, ou de lait étendu d'eau. Comme le lait se coagule dans l'estomac, il vaut mieux donner du bouillon mêlé avec les trois quarts d'eau. Attendez au lendemain ou au surlendemain, que vous voyiez le malade se redresser dans son lit, pour lui accorder d'autres alimens. Cette méthode s'applique aux enfans et aux vieillards, aussi bien qu'aux adultes, sans considération de sexe ni de climat.

Si, dans la convalescence, les malades mangent trop, ils peuvent avoir des indigestions mortelles. La mort offre alors quelques considérations intéressantes, et présente un phénomène de vitalité qui n'a peut-être pas été suffisamment expliqué. On a vu des convalescens mourir pour avoir mangé du pain chaud, des alimens grossiers, tirés surtout du règne végétal, et leur estomac ne présenter aucune altération. Leur mort tenait, je crois, à une irritation nerveuse,

et était la conséquence de l'irritation ou de la douleur. Mais ces accidens sont plus rares qu'on ne pense, et il ne faut pas prendre trop tôt l'alarme pour une indigestion. Le plus souvent les malades ont des vomissemens ou des diarrhées, avec quelques coliques, et, le lendemain, le pouls est accéléré : ils ont digéré, mais avec un certain degré d'irritation. Alors vous n'avez besoin ni de purgatifs ni de sangsues ; laissez-les seulement à la diète, donnez-leur de l'eau sucrée, des lavemens émolliens, et, le lendemain, l'appétit sera revenu. Dans d'autres cas, il n'en sera pas ainsi : l'estomac restera plein, ce que vous reconnaîtrez par le palper et la percussion de l'abdomen, ou par les éructations et les rots. Alors il faudra stimuler ce viscère, pour provoquer le vomissement : ce serait le cas de donner l'émétique. Si le malade avait pris des alimens putrides qui exhalassent de l'ammoniaque ou du gaz hydrogène sulfuré, il conviendrait de les expulser de l'estomac, au moyen des boissons et des purgatifs acidules.

Il ne faut pas trop fatiguer les malades par l'exercice dans la convalescence, mais le graduer suivant le progrès des forces.

Des inflammations chroniques du canal digestif en général.

Nous allons entamer la question des inflammations chroniques du canal digestif. J'ai le

dessein de traiter complètement mon sujet, c'est-à-dire qu'après avoir décrit les phlegmasies gastro-intestinales ordinaires, je les présenterai sous l'influence des causes qui leur donnent un caractère spécial. Aujourd'hui il s'agit des phlegmasies chroniques de ce canal. Je ne prétends pas établir une ligne de démarcation fondée sur une différence de nature entre elles et les aiguës; mais, comme les indications, ainsi que les symptômes des unes et des autres, diffèrent notablement, les unes et les autres doivent être traitées séparément.

L'inflammation chronique du canal digestif peut être primitive ou consécutive à l'état aigu. Quand elle est primitive, elle dépend des mêmes causes que la gastrite ou la gastro-entérite aiguës; seulement ces causes sont moins actives, ou, trouvant un sujet moins prédisposé à l'état aigu, elles agissent avec moins d'intensité. Dans une nuance plus intense, elle peut durer long-temps. Une phlegmasie de ce genre, qui ne désorganise pas rapidement, qui ne fait pas de sensibles progrès dans l'espace de vingt-quatre heures, ne tend pas à devenir aiguë; et c'est ce qui autorise les physiologistes à dire que les inflammations peuvent être chroniques dès le début, c'est-à-dire avoir si peu d'intensité qu'elles durent long-temps sans altérer les tissus.

Ces phlegmasies chroniques primitives peuvent se développer dans l'une ou l'autre des trois régions du canal digestif, et servir de pro

dromes à des inflammations aiguës. En d'autres termes, un individu qui a une inflammation du canal digestif assez peu intense pour ne pas l'empêcher de vaquer à ses affaires et ne pas lui donner de fièvre, peut éprouver deux sorts différens : ou son inflammation peut passer à l'état aigu, ou elle peut rester chronique. Si elle passe à l'état aigu, un faiseur d'entités la considèrera comme les prodromes de cet état, tandis qu'un médecin physiologiste la regardera comme une même maladie, à différens degrés. Pour éclaircir la question, donnez à ce dernier vingt malades attaqués de gastrite, d'entérite ou de gastro-entérite chroniques. Il en traitera, je suppose, dix, chez lesquels il arrêtera la phlegmasie, et laissera les dix autres sans traitement. Parmi ces derniers, il y en aura cinq ou six dont la maladie passera à l'état aigu. Supposez maintenant que les dix premiers qui ont été guéris n'eussent pas été traités, ou l'eussent été différemment, il y en aurait eu aussi un plus ou moins grand nombre dont la maladie serait devenue aiguë, et l'ontologiste aurait donné aux symptômes de cette maladie le nom de prodromes. Il ne le leur a pas donné, parce qu'elle a été guérie : ce sont pourtant, dans l'un et l'autre cas, deux choses semblables, autant que des maladies peuvent se ressembler. Vous voyez la contradiction et la difficulté dans lesquelles se placent les faiseurs de maladies, qui construisent une entité sur un certain nombre

de cas marchant jusqu'à la mort. Ils font des prédictions après coup : ce sont des prophètes après l'évènement.

L'inflammation gastro-intestinale chronique consécutive à l'état aigu se présente dans les circonstances suivantes : 1° lorsque celui-ci a été imparfaitement guéri ; 2° lorsqu'on a stimulé trop tôt dans la convalescence, et qu'on a ramené la maladie à l'état chronique ; car il est difficile qu'un individu ait deux fois coup sur coup la même maladie à l'état aigu ; ses forces n'y suffiraient pas. C'est bien toujours le même fond, mais non pas la même forme. La maladie reste chronique, ainsi que celle qui résulte du traitement imparfait, tant que rien ne la fait changer.

Ces inflammations peuvent occuper la totalité de la membrane muqueuse ou ses trois sections à la fois ; mais cela est rare. Le plus souvent elles n'en occupent qu'une. Quand elles sont générales, elles sont presque toujours purement inflammatoires, mais à un faible degré. Quand elles sont partielles, elles sont en même temps inflammatoires et sub-inflammatoires, c'est-à-dire qu'étant circonscrites dans un point du canal digestif et y tenant avec opiniâtreté, elles produisent, dans leurs environs, des développemens ganglionnaires, cellulaires, tuberculeux, ainsi que des engorgemens des parenchymes annexés au canal digestif ; au lieu que, lorsque l'inflammation est étendue d'une ma-

nière égale sur la membrane muqueuse, elle tend rarement à cela. Cependant, quand je dis que les phlegmasies gastro-intestinales partielles et circonscrites produisent des endurcissemens, des épaississemens, des états tuberculeux, je ne prétends pas qu'elles doivent toutes avoir ces résultats : il y a des individus chez lesquels ils arrivent, et d'autres qui ne les éprouvent pas.

De la gasro-entérite chronique générale..

Passons à la description, et commençons par l'inflammation chronique générale du canal digestif. Elle n'est pas toujours rigoureusement générale; mais elle est encore moins fixée dans une région : elle se trouve disséminée dans plusieurs, ambulante, comme vous l'avez vue à l'état aigu; dans quelques cas, elle est tout-à-fait générale. On la rencontre surtout dans les pays chauds et pendant l'été. En voici les signes : rougeur de la langue, qui est pointue, contractée, avec de gros follicules rouges à sa base; rougeur des gencives, des lèvres et des yeux; teinte de la peau et de la face tirant sur le rouge-brun; ventre rétracté; point de météorisme; tristesse; traits tirés; visage sec et excavé; le malade est immobile, semblable à une momie, taciturne, hébété, vous regardant fixement comme un imbécile; il ne peut manger, ou vomit presque tout ce qu'il prend; il va même quelquefois à la selle, mais sans ténesme;

il a souvent un mouvement fébrile peu intense, qui ne revient guère que dans l'après-midi; il ressent des frissons vagues ou entremêlés de chaleur, surtout si la phlegmasie n'est pas trop générale; quand il a pris quelques alimens ou quelques boissons, il éprouve le soir une espèce d'exacerbation, avec la peau sèche et chaude, et, le lendemain, cela disparaît; il souffre des douleurs variables, qui ne sont fixes dans aucune région, et qui consistent plutôt en un sentiment de malaise qu'en de véritables douleurs; souvent on peut déprimer l'abdomen sans en provoquer aucune, et même on soulage le malade. Au bout de deux ou trois semaines il tombe dans un marasme complet, se dessèche; on le déclare attaqué d'une fièvre hectique, et il meurt.

A sa mort, on trouve une rougeur générale du canal digestif; ce canal contracté, ne contenant rien dans la plupart des cas, est tellement rétréci, qu'à peine peut-on y introduire un tuyau de plume.

Cette nuance est rare dans nos climats; cependant on l'observe, surtout chez les individus qui ont abusé des forts stimulans, de l'eau-de-vie et du vin, pendant les chaleurs. Elle n'est pas si difficile à guérir qu'on pourrait le croire: on la traite efficacement par le régime et quelques émissions sanguines.

Il faut en rapprocher les entérites sans fièvre et sans météorisme, avec rétraction des parois

abdominales. C'est la même maladie, bornée aux intestins. Les malades ont des douleurs constantes, qui n'aboutissent pas à l'anus et ne sont pas suivies de ténesme ni de tendance à aller à la selle; ils ont le pouls lent, au-dessous de la fréquence de la santé; j'en ai vu qui n'avaient pas trente-cinq pulsations par minute; ils sont affaiblis et dans un état de malaise extrême. Si la phlegmasie n'est pas arrêtée, elle se généralise dans le canal digestif, et peut passer à l'état aigu.

Cette nuance se guérit comme les précédentes, et par les mêmes moyens. Les saignées locales y sont plus utiles que les saignées générales. Si vous ne suivez pas ce traitement, vous tomberez dans la polypharmacie : les uns vous diront qu'ils ont une colique nerveuse, les autres une colique de cuivre, les autres une colique de plomb, les autres une colique de fer; ils prendront de l'opium, du calomel, des vomitifs, des purgatifs, etc.; le mal ne finira point; au lieu que, si vous suivez le traitement rationnel, vous terminerez promptement la maladie : ce n'aura été, pour ainsi dire, qu'une tempête dans un verre d'eau.

Cependant, quand cette affection a duré long-temps, et qu'elle a laissé une teinte noire et un état scorbutique de la peau, elle n'est plus curable.

TRENTE-QUATRIÈME LEÇON.

25 janvier 1832.

—

Messieurs,

Nous avons commencé à nous occuper des inflammations chroniques du canal digestif, non que nous les considérions comme essentiellement différentes des aiguës, mais parce qu'elles présentent des modifications assez grandes dans leurs symptômes et leurs indications. Nous avons vu d'abord l'inflammation chronique générale, dans laquelle il peut y avoir des mouvemens fébriles, revenant le soir. Nous avons dit qu'on ne pouvait considérer l'inflammation, dans ce cas, comme rigoureusement générale; mais que cependant elle l'était quelquefois, et qu'il était impossible de tracer une ligne de démarcation entre les cas où cela avait lieu et ceux où elle semblait se disséminer dans plusieurs points et être ambulante. C'est une observation qui a déjà

été faite relativement à l'état aigu. Je vous ai signalé, autant que cela m'a été possible, les caractères qui annoncent cette inflammation générale : la rétraction du ventre, une rougeur vive, puis une couleur brunâtre des ouvertures des membranes muqueuses et de la peau, une maigreur croissante, l'impossibilité de rien prendre, une diarrhée alternant avec les vomissemens, et pouvant persister jusqu'au marasme, etc. Ensuite, nous avons vu que cette inflammation peut se dissiper dans la majeure partie de l'étendue du canal digestif et se restreindre à une région.

Ce sont maintenant les inflammations chroniques partielles dont nous allons nous occuper, en commençant par celle de l'estomac.

De la gastrite chronique générale et partielle.

L'inflammation chronique de l'estomac peut être elle-même générale ou partielle dans cet organe. Quand elle est générale, et que le reste du canal digestif n'est pas, ou que légèrement affecté, la sensibilité prédomine à la région gastrique, et l'estomac arrête la digestion. Alors, de deux choses l'une : ou il y a inappétence et impossibilité d'avaler les alimens, ce qui se voit dans la plus forte nuance, ou le malade peut avaler, mais il vomit ensuite. Dans les deux cas, il y a impossibilité de supporter les substances alimentaires

en quantité suffisante pour que la nutrition se soutienne et que le corps ne dépérisse point. La sensibilité est variable suivant les individus : les uns en éprouvent une très vive à la région de l'épigastre, et les autres n'en éprouvent aucune ; il en est qui ressentent de la douleur par l'introduction des substances un peu irritantes, et qui supportent celles qui sont alimentaires, adoucissantes et fraîches ; il en est chez qui les substances douces occasionent autant de douleurs que les substances irritantes ; on en voit qui éprouvent des douleurs fortes dans tout le thorax, ou au moins dans sa moitié inférieure, et auxquels, quand ils avalent quelque chose d'irritant, il semble qu'ils reçoivent un coup dans cet endroit, ou qu'on leur déchire, ou qu'on leur brûle la peau ; car la sensation est autant rapportée à la peau du thorax qu'à l'estomac.

Quand cette inflammation est intense, sans être cependant portée à l'état fébrile, car alors nous retomberions dans la nuance du choléra-morbus, et il ne faut qu'un stimulant donné mal à propos pour amener ce degré ; quand, dis-je, cette inflammation est vive, les malades éprouvent des sensations d'accablement, de fatigue, de brisement des forces ; ils sont nécessairement tristes, et maigrissent ; ils ont soif ; mais comme ils ne peuvent avaler, ils boivent peu, et n'urinent presque point. Les conséquences de ce

défaut d'urine sont les inflammations des voies urinaires ; la peau est sèche, les ouvertures des membranes muqueuses sont d'un rouge foncé, les yeux creux, la conjonctive rouge, la langue rouge et pointue, avec des follicules épais à sa base. Il y a bien là une partie des symptômes de la nuance précédente ; mais, dans celle-là, le ventre est plus rétracté, quelque chose passe, avec diarrhée, douleur, etc., tandis qu'ici rien ne passe. Il n'y a qu'un pas de cette maladie à l'autre ; elle ne peut même rester long-temps dans cet état : il faut, ou qu'elle s'élève à l'état aigu, ou qu'elle diminue, et qu'elle passe dans les intestins, laissant à l'estomac la liberté de digérer, ou qu'elle devienne partielle dans cet organe. Ce dernier cas est le plus fréquent.

Les signes qui annoncent l'état aigu sont faciles à reconnaître : la fièvre se déclare, la langue se sèche et devient brûlante, vous avez les phénomènes ataxiques ou ceux du choléra-morbus.

Les signes qui annoncent que la maladie se généralise dans le canal digestif sont la chaleur de la peau, l'élévation du ventre, la soif, la possibilité de boire, l'inappétence, la faculté d'absorber, et les symptômes typhoïdes.

Les signes qui annoncent que la maladie cesse dans l'estomac et se porte dans les intestins, sont la possibilité de boire sans éprouver de douleurs, l'élévation du ventre, le météorisme,

point ou peu de fièvre, sans quoi ce serait la gastro-entérite aiguë; la possibilité de prendre des alimens sans éprouver de douleurs dans l'estomac, pourvu que ces alimens ne soient pas trop excitans; mais le retour de ces douleurs, quand ils sont descendus dans les intestins.

Les signes qui annoncent que la maladie se dissipe dans l'estomac, sans passer dans les intestins, sont le retour de la santé et le rétablissement des digestions. Mais presque toujours il reste une irritation marquée dans l'un des points de l'estomac, c'est-à-dire ou dans son bas-fond, ou au cardia, ou au pylore, et alors viennent les signes de la gastrite chronique partielle.

Ces gastrites partielles constituent peut-être les maladies les plus intéressantes, parce qu'elles sont méconnues des personnes qui n'ont pas fait une étude particulière des affections du canal digestif. Elles donnent lieu à une foule d'erreurs et de fausses assertions, surtout quand elles sont anciennes. On les voit d'ordinaire chez les personnes qui ont eu plusieurs atteintes de gastrite sous forme aiguë, qui ne sont plus sujettes à celle-ci, qui n'ont pas été guéries complètement, qui se sont fait rechuter par des stimulans pris trop tôt, ou par des affections morales, ou par un mauvais régime, qui ont agi intempestivement, avant que la phlegmasie fût passée. Elles sont communes chez les individus qui ont été traités suivant les anciennes mé-

thodes, et elles aboutissent souvent à l'état névropathique. Une fois établies, elles peuvent éprouver différentes vicissitudes : tantôt elles augmentent, s'étendent dans le viscère, et les malades ne peuvent plus manger ; ils se mettent aux adoucissans, auxquels ils sont forcés de se tenir jusqu'à ce que l'irritation soit calmée dans la portion jadis saine ; alors l'appétit revient, ils se remettent à manger, d'abord avec succès, pendant quelques jours ou quelques semaines ; mais ensuite ils se retrouvent hors d'état de supporter la nourriture, et dans l'obligation de se remettre au régime ; ils calment une troisième fois l'irritation et la ramènent à ses premières limites ; puis une quatrième, et ainsi de suite. Ils passent ainsi une grande partie de leur vie avec cette gastrite partielle, envahissant de temps en temps les régions saines de l'organe, et se retirant ensuite dans ses premières limites, jusqu'à ce qu'elle s'élève à l'état aigu, qui désorganise l'estomac, ou qu'il se forme une dégénération squirrheuse dans l'endroit où elle a prédominé, ou qu'elle dégénère en d'autres maladies, comme une péritonite, une phthisie, une apoplexie, etc. Il y a une foule de personnes qui vivent avec cette affection. C'est elle qui a accrédité l'emploi des stimulans dans les affections chroniques de l'estomac. Ils ont paru guérir, surtout lorsque les malades avaient été mis à la diète ; mais ensuite il y a eu des rechutes, dont on

n'a pas tenu compte, ou qu'on a attribuées à différens accidens dont elles ne dépendaient pas. Ces phlegmasies ont fait la fortune de quelques médecins qui ont hérité de malades traités sévèrement ou trop consciencieusement par des médecins physiologistes, et auxquels ceux-ci avaient trop tardé à rendre les alimens, voulant encore attendre quelques jours. Pendant ce temps, un stimulateur venait qui achevait la cure pour quelque temps, si la gastrite partielle n'était pas guérie, définitivement si elle l'était. Voilà ce qui donne de l'intérêt à ces gastrites partielles.

Elles ont trois points principaux où elles peuvent exister, au cardia, au bas-fond et au pylore.

Les personnes atteintes de la gastrite du cardia éprouvent de la douleur à la déglutition: quand la substance alimentaire entre dans l'estomac, il leur semble qu'elle franchit un anneau douloureux, et de suite il survient des rots et un mouvement convulsif de l'estomac, avec sentiment de brûlure. Si la maladie n'est pas extrêmement forte, elles peuvent ingérer; le moment de l'ingestion passé, elles digèrent; mais, vers la fin de la digestion, quand la pâte chymeuse est devenue un peu forte, la douleur recommence au cardia, ou se fait sentir au côté gauche du sternum, derrière le mamelon gauche, ou retentit dans le dos, sous l'omoplate, dans l'épaule gauche. Cette gastrite partielle

agit très facilement sur le cœur, pour peu que les personnes l'aient sensible ou hypertrophié, et leur cause des palpitations. Elle s'accompagne d'un sentiment d'ardeur au pharynx, qui quelquefois est enflammé et rouge, et toujours plus chaud dans cette variété que dans d'autres. Souvent les malades rendent, le matin, une grande quantité de salive âcre et acide qui attaque quelquefois les dents; en un mot, une forte influence est exercée par cette phlegmasie sur la gorge, sur les glandes salivaires, sur le voile du palais et sur le pharynx. Souvent il existe un dessèchement considérable de l'arrière-bouche, de sorte qu'il s'y amasse une mucosité épaisse et tenace, au point que le malade ne peut plus excréer sans avoir des soulèvemens d'estomac.

Lorsque cette maladie est arrivée au plus haut degré, elle détermine des vomissemens; mais cela est rare, parce que, ainsi accrue, elle se généralise dans l'estomac et se confond avec la gastrite générale.

Elle peut aboutir à un état squirrheux; mais il est difficile de le constater, et l'on ne peut guère que le présumer d'après certaines données, par exemple, d'après une disposition scrofuleuse qui se manifesterait par des glandes engorgées à la région cervicale, par la pâleur du teint, par une constitution lymphatique, ou en ayant égard à l'état scrofuleux ou squirrheux qui aurait pu exister chez les plus proches pa-

rens du malade, et auquel ils auraient succombé. La percussion ne peut fournir de grandes lumières, parce que, pour que le son devînt mat par l'effet de ce squirrhe, il faudrait qu'il fût énorme, et alors le malade serait perdu. D'ailleurs le voisinage du cœur empêcherait que l'on pût distinguer la matité du squirrhe de la sienne.

Lorsque l'inflammation prédomine dans le bas-fond, les malades avalent sans douleur; mais, après que les alimens sont entrés dans l'estomac, au lieu d'éprouver ce sentiment de bien-être que ressentent les personnes dont le bas-fond est sain, ils éprouvent une sensation désagréable. Si ces alimens sont excitans, ils ressentent une chaleur âcre et comme une ceinture ou une demi-ceinture douloureuse à la base de la poitrine, et il leur survient des hoquets. La douleur augmente vers la fin de la digestion, comme dans le cas précédent, trois heures environ après le repas, quand le chyme est formé et qu'il doit franchir le pylore.

Chacune de ces gastrites partielles ressort à sa manière. Celle-ci se décèle par une douleur profonde dans la région de la rate, sous l'hypocondre gauche; elle retentit dans le dos, mais moins que la précédente, et n'agit pas sur le cœur, à moins qu'elle n'irradie jusqu'au cardia. La douleur qui l'accompagne est fort incommode pendant plusieurs heures, et plus

violente lorsque les alimens commencent à être dans un état de coction avancée. Cette affection est prise par les médecins ignorans pour un engorgement de la rate, d'autant mieux que, lorsqu'elle a duré long-temps, la rate se gonfle ; ce que vous devez concevoir sans peine par les communications vasculaires qui existent entre elle et l'estomac. Le bas-fond de cet organe étant continuellement irrité et dans une fluxion sanguine habituelle, la rate s'irrite aussi, et peut contracter avec lui des adhérences. C'est alors qu'on peut observer des hémorrhagies dont la rate fait les frais, et qui sont surtout communes dans ces gastrites du bas-fond : on les appelle méloena.

La marche de cette affection varie comme celle de la précédente. Si elle a été mal traitée, elle peut se terminer par ulcération : la rate se rapproche de l'estomac par la contraction du tissu cellulaire qui unit ces deux organes ; ils se collent l'un à l'autre, et l'ulcération peut aller jusqu'au point d'établir entre eux une communication; ensuite l'inflammation peut s'étendre et passer à l'état de gastrite générale ou de gastro-entérite, et les malades succombent. Toutes ces phlegmasies tendent à passer à l'état aigu et à faire périr les malades avec les symptômes typhoïdes; ou bien ils maigrissent, et après avoir eu long-temps la possibilité de manger, ils la perdent complètement, parce que l'altéra-

tion du bas-fond est consommée, et que l'estomac n'est plus propre à exécuter ses fonctions. Alors ils meurent dans le marasme et avec des vomissemens déplorables.

Vous ne pouvez pas bien non plus constater l'état squirrheux du bas-fond, à cause de la rate et de l'épiploon colique, qui, quand l'affection est vive, se contracte et remonte le long de l'arc du colon, où il forme une tumeur que l'on peut confondre avec l'estomac. Ce sont les faits de ce genre qui nous autorisent à dire qu'on ne peut point baser les classifications nosologiques, ni la thérapeutique, sur les différens modes d'altération des organes; on ne peut se guider que par le siége et le degré de l'irritation. Ici d'ailleurs il y a encore le pancréas et le tissu cellulaire, qui peuvent se gonfler, se tuméfier, et donner lieu à des méprises.

La gastrite partielle de la région pylorique est plus commune peut-être que les autres. Ses signes sont les suivans : aucune douleur ne se fait sentir au moment de la déglutition, ni vers le cœur, ni vers le dos, comme dans les cas précédens; l'ingestion des alimens est agréable, et même l'appétit vif; mais, vers la seconde ou la troisième heure de la digestion, commencent les accidens : les malades éprouvent dans l'hypocondre droit, et plus ou moins haut, des douleurs qui se propagent à l'épaule, comme celles du cardia, avec cette

différence, qu'elles n'agissent pas sur le cœur. Si l'affection se prolonge dans la petite courbure, il en part souvent des sensations douloureuses qui vont frapper dans l'amygdale comme des coups de lancette. Quand la troisième heure de la digestion arrive, ces douleurs redoublent; il survient des rots, quelquefois même de la rumination; les alimens sont rendus par gorgées. Dans le commencement, tous les alimens ne sortent pas; il y a même des individus qui commencent par ne rendre que des glaires ou des mucosités. Ensuite, la maladie faisant des progrès, les malades rendent les alimens qui n'ont pas convenu à leur estomac, comme le lait, les substances végétales farineuses, ou les substances fades, insipides; mais ils gardent la viande. D'autres malades ne rendent rien, mais souffrent beaucoup pendant que l'estomac se vide. J'ai fait l'ouverture d'une femme qui était morte d'un squirrhe occupant toute l'étendue du pylore et du duodénum, et chez laquelle il existait un petit canal parcourant cette induration lardacée, par lequel assurément on n'aurait pas fait passer une plume de corbeau. Jamais cette femme n'avait vomi; jamais il ne lui était revenu une gorgée d'alimens à la bouche; mais elle était vingt-quatre à trente-six heures à faire sa digestion, éprouvant tous les tourmens qui accablent les malades dans cette position : de

l'agitation, beaucoup de malaise, un feu dans l'estomac, des douleurs lancinantes qui se prolongeaient dans la poitrine jusqu'à l'épaule et sous les clavicules, au point de faire croire que le poumon droit était malade, comme la gastrite du cardia peut faire croire que le cœur l'est; de la sensibilité du côté du foie, qui trompa plusieurs médecins, et leur fit affirmer que cet organe était altéré.

Il existe une erreur en médecine : c'est d'attribuer au foie seul les douleurs et les tiraillemens de l'épaule droite. Ces douleurs peuvent venir du pylore, du duodénum et du foie, attendu que c'est le même système nerveux qui appartient à toutes ces parties. Je les ai vues provenir du foie dans des cas de plaies pénétrantes, de coups d'épée plongeant dans ce viscère. Tous les jours on les constate dans la duodénite, sans que le foie soit malade. On les voit de même émaner du pylore chroniquement affecté.

Lorsque la maladie a duré long-temps, nous disons que les vomissemens surviennent; mais, avant cela, il peut arriver que l'inflammation se généralise, et que le malade soit entraîné à une affection typhoïde qui le tue. On met alors la désorganisation sur le compte de l'état aigu, parce qu'il est très difficile dans les autopsies des gastro-entérites aiguës (typhus, fièvres putrides, adynamiques, dothinentéries, etc.), de distin-

guer ce qui appartient à l'état chronique de ce qui est uniquement l'effet de l'inflammation aiguë. Si le malade ne meurt pas de cette manière, il subit le sort qui lui est réservé dans les cas précédens, et que vous connaissez : il maigrit, tombe dans le marasme, éprouve une foule de phénomènes nerveux ou névropathiques, et succombe. Quelquefois l'estomac se dilate à un point tel, qu'il peut contenir plusieurs seaux de matières solides ou liquides, et le malade ne les vomit qu'après que son ventre est devenu excessivement volumineux. D'autres fois il survient à ce malade, dont l'estomac est ainsi prodigieusement dilaté, une impossibilité de vomir, et il meurt dans des angoisses inexprimables. Cela a lieu lorsque le bas-fond est ramolli, que ses membranes muqueuse et musculeuse ont été détruites par l'inflammation, et que l'estomac ne peut plus se contracter. Les vomissemens sont alors impossibles, et le malade meurt au milieu de vains efforts et de la plus pénible agitation, sans avoir pu se débarrasser du poids qui l'oppresse. Quelquefois même les parois de l'estomac se déchirent dans l'endroit où elles sont le plus ramollies. D'autres fois l'impossibilité de vomir vient de la dégénération des parois du ventricule, qui est devenu squirrheux, lardacé, et où les fibres musculaires n'existent plus. Dans ces cas, il y a généralisation d'une affection d'abord partielle dans l'organe.

Telles sont les inflammations chroniques partielles de l'estomac.

Le squirrhe se constate mieux dans la région pylorique que dans les autres régions, parce qu'il y est plus accessible, et moins facile à confondre avec les organes voisins. Si l'on trouve chez un malade qui a eu les symptômes de la gastrite partielle du pylore une dureté ovoïde derrière les côtes asternales droites; si la pression qu'on peut exercer sur cette dureté retentit dans l'estomac, provoque des nausées et renouvelle les douleurs sympathiques; si en même temps le foie n'est pas sorti de ses limites et ne déborde pas les côtes, de manière à ce que l'on soit sûr de ne pas confondre sa tumeur avec celle que l'on veut diagnostiquer, il y a probabilité et même presque certitude de squirrhe au pylore. Je ne saurais dire entière certitude, parce qu'il est possible qu'il se déclare dans les lames du tissu cellulaire qui enveloppe le pylore, une tumeur lymphatique, un tubercule considérable qui soit placé en dehors des parois de l'estomac, et qui produise au toucher le même effet que produirait un engorgement du pylore; il est possible que la vésicule du fiel contenant des calculs produise aussi cet effet; il est possible enfin que l'estomac remonte, car assez communément il y a des déplacemens des viscères chez les personnes qui ont souffert long-temps de ces affections. On

peut donc difficilement déterminer au juste le siége d'une tumeur et le tissu auquel elle appartient. Du reste, les autres probabilités se tirent des circonstances dont je vous ai parlé au sujet du squirrhe du cardia.

De la duodénite chronique.

Nous pouvons passer à la phlegmasie chronique de la région duodénale avant de tracer le traitement des précédentes, attendu que c'est à peu près le même pour toutes, et que nous éviterons ainsi des redites.

Lorsque l'inflammation prédomine dans le duodénum, elle a beaucoup de rapports avec celle du pylore; cependant il est possible de l'en distinguer : la douleur que l'on ressent vers la fin de la digestion, et qui est commune à la gastrite du pylore et à la duodénite, n'est pas nécessairement, dans celle-ci, accompagnée de rots et de tendance au vomissement; une propagation de douleur se fait aussi vers l'épaule; les malades ont un sentiment de chaleur transversale au-dessous de l'estomac, dans le moment où les alimens parcourent le duodénum. On peut confondre cette chaleur avec celle de l'estomac. Cependant, en y faisant attention, on évite l'erreur : vous savez que, quand on a pris des alimens stimulans, on éprouve un sentiment de chaleur dans l'estomac, et que ce sentiment se dissipe bientôt;

mais, trois, quatre ou cinq heures après cette chaleur, et sans qu'on ait rien repris durant cet intervalle, il survient une nouvelle chaleur qui semble être celle de l'estomac, et qui s'accompagne de douleurs et de pincemens dans l'hypocondre droit : cela appartient au duodénum. Dans la meilleure santé, nous éprouvons quelque chose d'analogue au moment où l'estomac achève sa digestion : nous ressentons une petite chaleur, prompte à se dissiper, jointe à un sentiment de froid et de bâillement; c'est cette chaleur qui devient morbide quand le duodénum est enflammé chroniquement.

La phlegmasie de cet organe se prolongeant en cet état, il se développe une tuméfaction et un endolorissement du foie et de tout le côté droit du torse, reconnaissables surtout à la pression, et se propageant quelquefois au poumon et au rein de ce côté; mais, comme le passage des alimens par le duodénum n'est que momentané, comme les sécrétions y sont abondantes et qu'il jouit d'une grande facilité d'excrétion, la bile y afflue, les mucosités produites par l'irritation sont évacuées, les selles viennent en abondance, tout ce travail de sécrétions et d'évacuations dissipe la souffrance, et le malade se porte bien après sa digestion terminée; il n'est point sujet aux vents, ni aux régurgitations, ni à cette gêne continuelle qui s'observe dans la gastrite du pylore; il souffre seulement plus ou moins

du côté droit dans la seconde digestion, après quoi il se trouve à l'aise. Cette irritation semble même souvent lui donner un surcroît d'activité digestive : il fait plus de sang, il engraisse, et devient sujet aux hémorroïdes. Cela dépend aussi de ce que la duodénite est souvent l'effet des excès de table, et surtout de l'abus des alimens les plus substantiels et les plus stimulans. Il n'y a guère d'hommes riches, vivant à discrétion, qui n'éprouvent des atteintes de cette affection entre quarante et cinquante ans, et souvent même dès l'âge de trente ans. Malgré cela, ils se portent assez bien ; seulement il leur survient de temps en temps des phénomènes bilieux, ils éprouvent quelques vomissemens, quelques coliques, quelques selles bilieuses, quelques attaques de jaunisse : une sensibilité dans l'hypocondre droit attire leur attention; ils ont recours aux médecins, qui les purgent; les purgatifs les soulagent, et la maladie est palliée. Elle revient une ou deux fois par an. Ces malades, grands mangeurs, faisant du sang au double de ce qui leur est nécessaire pour l'entretien régulier de leurs fonctions, sont dans un état d'hyperhémie et d'hypersarcose, et deviennent sujets aux hémorrhagies, aux néphrites, aux montées de sang à la tête, aux apoplexies, etc. S'ils joignent à cela, chose commune, une hypertrophie du cœur, cette hypertrophie favorise les congestions de sang dans l'hypocon-

dre droit, et ils éprouvent des douleurs et de la suffocation.

Cette maladie se trouve décrite dans les auteurs sous une foule de noms différens. Elle peut durer très long-temps, sans amener d'accidens sérieux, parce que les évacuations continuelles qui ont lieu l'empêchent de faire des progrès rapides; néanmoins elle en a fait, et bien des chances sont possibles pendant sa marche : il est possible que l'inflammation se généralise dans l'appareil de la digestion et qu'elle passe à l'état de gastro-entérite aiguë, affection qui est alors excessivement grave et qui agit fortement sur le cerveau; il est possible qu'elle ne s'étende, et que l'inflammation ne prédomine que vers le bas; la chaleur agissant, il est possible qu'il survienne une hépatite; possible aussi qu'il se développe une péritonite, car c'est une des chances assez ordinaires de l'inflammation gastro-intestinale. En général, on n'éprouve guère la gastro-entérite aiguë que deux ou trois fois dans le cours de sa vie; après quoi, elle passe à l'état chronique, non parce que c'est une spécialité, ou une éruption de boutons, mais parce qu'il est du sort de l'homme de n'être pas souvent passible de la même maladie aiguë. C'est une vérité qui n'a presque pas été soupçonnée, et qui constitue un des principaux dogmes de la médecine physiologique : presque tous les hommes qui meurent au milieu de la vie succom-

bent à une phlegmasie chronique redevenue aiguë. Tel est souvent le sort des personnes atteintes de duodénite chronique.

Après plusieurs embarras gastriques, plusieurs crises hémorroïdales, des vomissemens, des menaces de congestions diverses, des attaques de goutte ou de néphrite, plus ou moins bien guéries, la scène change : la constipation arrive, et est invincible ; la bile ne coule plus, le foie ne sécrète plus, il se détériore, devient jaune, graisseux, tuméfié, squirrheux; des calculs se forment quelquefois dans la vésicule du fiel, dans les canaux biliaires, ce qui ajoute encore aux souffrances des malades, qui commencent à se décolorer; l'appétit leur manque; ils ne peuvent aller à la garderobe qu'à force de purgatifs, dont ils contractent l'habitude, et qui prolongent quelque temps leur existence. Mais, à la fin, l'effet de ces purgatifs s'use, ce n'est plus de la bile que le foie sécrète; il devient d'une couleur blanche, comme de la cire; le bas-ventre s'élève; les malades ont des rots continuels; les alimens ne sont plus digérés qu'à la longue; ils finissent par ne plus passer et séjournent dans l'estomac. Ensuite vient l'hydropisie du bas-ventre, ou l'ascite; le foie, qui s'était gonflé, se déprime par l'épanchement; les malades ne peuvent plus revenir à la santé, et vivent plus ou moins long-temps dans cet état, avec une couleur jaune de la peau, une figure de cire,

faibles, hydropiques, languissans, jusqu'à ce qu'il leur arrive un effort d'inflammation aiguë qui les enlève.

Cette terminaison est assez commune chez les ivrognes qui ont long-temps abusé des liqueurs spiritueuses.

On a considéré celles-ci comme exerçant une action débilitante propre; mais c'est une erreur, car cette débilité est précédée d'une longue irritation, et les organes finissent par ne plus pouvoir exécuter leurs fonctions qu'à force d'avoir été irrités. L'affection du foie, dans ce cas, est presque toujours consécutive à celle du duodénum, et elle devient fatale, si l'on n'emploie pas le traitement avant que la membrane muqueuse se soit détériorée et ait perdu son action.

De l'entérite chronique et du carreau chez les enfans.

Nous avons encore à examiner les affections partielles de l'intestin grêle, plus rares que celles de l'estomac et du duodénum, mais néanmoins constantes et pouvant être diagnostiquées.

La digestion se fait bien dans l'estomac; il n'y a pas de douleur au passage des alimens à travers le pylore et le duodénum; c'est un peu plus bas, quand ils sont arrivés dans les intestins grêles, que commencent les mouve-

mens extraordinaires, les borgorygmes, les phénomènes nerveux qui ont du rapport avec l'hystérie, mille sensations pénibles, une boule qui monte, enfin un état névropathique que nous décrirons en son lieu.

Vous reconnaissez le plus souvent la phlegmasie partielle des intestins grèles à la percussion, vous apercevez un endroit plus rénitent que les autres, de l'un ou de l'autre côté de l'ombilic, et quelquefois au-dessous, douloureux; la percussion y donne un son moins clair; il n'y a pas de diarrhée; quelques coliques se font sentir; les intestins crient et font entendre divers bruits monotones occasionés par les mouvemens d'ascension et de descente alternatives des gaz dans des points de constriction ou d'étranglement convulsif, qui représentent comme des valvules, ou des espèces de cordes vocales accidentelles, etc.

L'heure avancée nous oblige de renvoyer à la prochaine leçon la suite de ce sujet.

TRENTE-CINQUIÈME LEÇON.

27 janvier 1832.

MESSIEURS,

En traitant des inflammations chroniques partielles du canal digestif, nous avons vu qu'il n'était pas possible d'isoler celles qui sont accompagnées d'un état squirrheux de celles qui ne le sont pas; que, dans certains cas seulement, on pouvait constater l'existence de quelque dureté ou de quelque rénitence dans le point le plus malade, et que, en ayant égard au tempérament des individus, à la disposition des familles, aux influences locales, on arrivait à la présomption d'un état squirrheux. Comme il ne faut jamais aller au-delà de ce qui est démontré, je ne puis vous donner à cet égard plus de certitude que je n'en ai moi-même. Autrefois, quand la doctrine physiologique n'existait pas, on disait qu'il n'y avait pas d'altérations dans le canal digestif, ni d'affections organiques, quand

on n'y trouvait pas de squirrhes; il y a même encore des médecins qui restent dans cette opinion : mais, s'ils étaient de bonne foi, ils conviendraient que les altérations de la membrane muqueuse, l'ulcération, le ramollissement, l'usure, la destruction, aussi bien que celles de la tunique musculeuse qui viennent après, sont organiques. Quand il n'y a que des pertes de substance circonscrites qui peuvent se cicatriser, elles ne sont pas mortelles; mais, quand ces altérations sont étendues, il ne reste plus de curabilité, et elles sont certainement organiques, aussi bien qu'un état squirrheux ou un rétrécissement du canal digestif.

Nous nous sommes arrêtés à la duodénite, et nous l'avons considérée d'une manière spéciale, parce qu'elle mérite de l'être. Mon fils Casimir Broussais en a fait le sujet d'une thèse dans laquelle il a consigné mes idées, qu'il a vérifiées lui-même, soit en suivant ma clinique, soit dans sa pratique particulière, et il est possible que plus tard il lui donne des développemens. En attendant, vous trouverez dans cette thèse ce qui concerne cette maladie, qui est beaucoup plus commune qu'on ne pense, et qui a été confondue avec les engorgemens du foie, parce que les anciens, qui ne connaissaient pas les maladies du tube intestinal, faisaient seulement attention aux engorgemens des gros parenchymes. Quand il y avait quelques masses cellulaires,

quelques dégénérations du foie ou de la rate, ils les reconnaissaient pour des affections organiques; mais, quand la membrane muqueuse seule était malade, ils n'en tenaient point compte.

Nous avons laissé inachevée l'histoire des inflammations chroniques partielles des intestins grêles. Ce sont aussi des maladies communes et assez difficiles à reconnaître, surtout dans le commencement. Les premiers signes sont une espèce de borborygme importun et une agitation dans les intestins. S'il n'y a pas de complication d'inflammation aiguë ou chronique des parties supérieures, ces phénomènes sont seuls, les malades mangent bien, ils n'ont pas de rots, ni de régurgitations, ni de chaleur gastrique, etc.; mais, trois ou quatre heures après qu'ils ont mangé, il se fait un tapage dans leurs intestins; il s'y forme des nodosités, le son est moins clair à la percussion dans certaines parties de l'abdomen que dans d'autres, il n'y a pas d'abord de douleurs, et les malades sont même long-temps sans en éprouver; enfin elles se déclarent. En général, les douleurs se développent difficilement dans les intestins grêles; ce sont des coliques qui appartiennent spécialement à ces intestins et qui n'aboutissent pas aux épreintes ni au besoin d'aller à la selle, mais qui causent des douleurs comme térébrantes, tendant à perforer l'abdomen : on dirait qu'il y a des corps étrangers dans cette partie; les malades se fléchissent du côté où

ils croient les sentir, et où se forment ces nodosités et ces duretés dont nous avons parlé, qui changent de place, vont tantôt à droite et tantôt à gauche de l'ombilic, et se portent quelquefois derrière la vessie et l'utérus. L'absence des signes propres aux affections de ces deux organes prouve qu'elles leur sont étrangères.

Cette entérite peut exister dans plusieurs nuances.

Elle peut être subaiguë. On la trouve souvent telle chez les jeunes enfans, depuis l'âge de cinq à six ans jusqu'à celui de la puberté. C'est à elle que se rattache le carreau. Vous lirez dans les auteurs que le carreau a lieu avec diarrhée; mais celle-ci n'existe que lorsque la maladie a franchi la valvule iléo-cœcale et pénétré dans le gros intestin. J'ai été long-temps dans l'incertitude à ce sujet, faute d'observations assez complètes; mais enfin je me suis vu conduit à partager en deux séries ces entérites : 1° celles sans dévoiement; 2° celles avec dévoiement. Les malades qui n'ont pas d'abord de dévoiement finissent par en éprouver quand rien n'arrête la maladie, et alors ils se débilitent davantage. On vous présentera de ces enfans qui ont beaucoup d'appétit, qui dévorent les alimens, qui ont une petite fréquence habituelle du pouls, la langue un peu rouge, pas encore de diarrhée, le ventre météorisé, une chaleur noc-

turne, et qui maigrissent. Si vous ne les traitez pas, et qu'on vous les ramène quelques mois après, vous leur trouverez encore le météorisme, et vous leur sentirez des duretés dans le ventre. Ce sont des ganglions qui se sont gonflés par l'effet de la maladie. Plus tard, la diarrhée commence. Cette diarrhée porte le nom de lienterie dans les anciens auteurs, qui la considéraient comme un effet de l'obstruction des ganglions du mésentère. Ils disaient que ces ganglions étant obstrués, le chyle ne pouvait plus les traverser, et se trouvait évacué par les selles avec les parties excrémentitielles. En effet, il est constant que les selles se composent de matières grisâtres digérées qui n'ont pas été dépouillées de leur chyle par l'absorption. Mais ce fait a été mal expliqué : on a pensé que les ganglions mésentériques primitivement malades et obstrués ne permettaient plus au chyle de passer; on s'est trompé : c'est l'entérite qui attire précipitamment les alimens vers la partie inférieure, et c'est la cœco-colite qui les expulse. Les ganglions ne sont pas d'abord malades. Il peut y avoir une iléo-colite avec dévoiement, sans obstruction mésentérique : celle-ci n'est donc pas la cause du dévoiement, mais l'effet de l'inflammation. Le dévoiement résulte de la phlegmasie de la membrane muqueuse, qui précipite les mouvemens de la musculeuse, et lui fait expulser le chyle avant qu'il ait pu

être absorbé. Ensuite, à force de souffrir sympathiquement de l'irritation de la membrane muqueuse, les ganglions se gonflent, et, comme les enfans sont plus disposés à ces sortes de gonflemens, ces gonflemens deviennent considérables, et dégénèrent en tubercules, quand la maladie se prolonge. On en trouve quelquefois des masses énormes, surtout chez les sujets scrofuleux, et elles frappent tellement, que l'on ne pense plus à l'inflammation de la membrane muqueuse, leur cause première. Quelquefois cette affection, parvenue à un certain degré, détermine un épanchement dans le péritoine. C'est même une chose assez commune quand il y a du dévoiement.

L'entérite subaiguë est moins fréquente chez les adultes : pour un qui aura cette affection, il y aura vingt ou trente enfans qui en seront atteints. Voici ce qui se passe chez ces premiers : le plus souvent ils n'ont pas de fièvre, mais ils présentent, comme les enfans, du météorisme au milieu de l'abdomen ; ils ont un point plus rénitent; quelquefois aussi on sent des ganglions; enfin la diarrhée se déclare quand la maladie n'est pas arrêtée; il se développe quelquefois des duretés très considérables et des tumeurs qui proviennent de rétrécissemens des intestins en forme d'anneaux. D'ordinaire la maladie passe à l'état aigu, ou il se développe une péritonite mortelle; ou bien la diarrhée, par

suite du prolongement de l'inflammation dans le gros intestin, fait tomber le malade dans le marasme, auquel il succombe.

De l'iléo-colite chronique.

Je veux maintenant fixer votre attention sur les cas où l'inflammation chronique prédomine dans la région iléo-cœcale. J'ai rencontré plusieurs cas de ce genre, que j'ai reconnus pendant la vie et vérifiés après la mort. Les malades ont de l'appétit et peuvent manger, mais ils vont difficilement à la selle. Ils ont toujours dans le flanc droit, dans la région iléo-cœcale, sous le foie et devant le rein droit, une tuméfaction considérable. Si l'on percute, c'est un son plein. Lors même que les malades ont été à la garderobe, ils éprouvent des douleurs. J'ai vu une dame qui avait une perception tellement exacte de ce qui se passait chez elle dans cette région, qu'elle sentait filer les matières, et pouvait indiquer l'endroit où elles se trouvaient. Quatre heures après avoir mangé, cette dame éprouvait une douleur fixe, un pincement dans l'endroit de la phlegmasie, qui était comme serré, rétréci; les matières passaient difficilement de l'intestin grêle dans le colon; il y avait de la rénitence et de la sensibilité au toucher, et il fallait beaucoup de temps pour que le mi-

lieu du ventre se dégonflât et que les matières passassent à la filière. Elle périt par l'effet de la généralisation de l'inflammation, qui se communiqua aux intestins et à l'estomac, et par les symptômes nerveux. Les gastro-entérites générales, remarquons-le en passant, de même que toutes les autres inflammations considérables des personnes épuisées par des maladies chroniques, ne sont pas longues; elles ne font, pour ainsi dire, que se montrer : en quelques jours les malades tombent dans les symptômes adynamiques et ataxiques, et sont enlevés.

Ce qui distingue cette iléo-colite des autres entérites partielles, c'est que les malades ne sont pas épuisés par une diarrhée continuelle. L'inflammation arrêtée dans un point, le rétrécit, y forme une barrière, et ne permet pas aux matières de passer comme quand elle est développée d'une manière égale dans le canal digestif. Il se fait un temps d'arrêt dans ce point: pendant que les intestins grêles se dégorgent dans les gros, il y a une turgescence douloureuse et une espèce de bruit emphysémateux. Il ne faut pas confondre cette maladie avec le phlegmon de la fosse iliaque droite: ce qui l'en distingue c'est l'existence des phénomènes appartenant à l'inflammation du canal digestif, tandis qu'ils manquent dans le phlegmon.

Il n'y a pas de durée fixe pour cette maladie. On pourrait la guérir dans le commencement

si le malade voulait se faire soigner; mais ordinairement les maladies qui n'empêchent pas de manger, qui ne prostrent pas, sont mal soignées, à moins que l'on n'ait affaire à un médecin physiologiste; car les autres médecins ne les reconnaissent que lorsqu'il y a un vice organique : tant qu'ils ne voient qu'un dérangement peu saillant, et qu'ils n'ont pas sous les yeux le nombre de symptômes qu'il leur faut, ils disent que la maladie n'est pas caractérisée, qu'il faut stimuler, donner du ton, procurer de la distraction, etc. Pendant ce temps, l'altération organique se forme, et ils se croient fort habiles quand ils la reconnaissent. Ils le seraient bien davantage s'ils la prévoyaient, et surtout s'ils la prévenaient! Espérons que d'ici à vingt ou trente ans, lorsque tous les médecins seront physiologistes, on ne verra plus de ces tardifs et infructueux diagnostics.

De la colite chronique, ou de la diarrhée.

(**Rétrécissemens et oblitérations du gros intestin et du rectum.**)

Suivons l'inflammation dans le gros intestin, dans ses parties ascendante, descendante, transverse, dans son S, et dans le rectum. Elle est toujours avec diarrhée dans le commencement, par une raison anatomique et physiologique toute simple : c'est que rien n'arrête plus les matières quand elles ont franchi la valvule iléo-

cœcale. Si l'intestin est irrité, il les expulse par l'anus, à moins qu'il n'y ait un rétrécissement.

Les rétrécissemens surviennent en effet quelquefois dans le gros intestin, et la colite prend deux physionomies, suivant qu'il y en a ou qu'il n'y en a pas.

Commençons par la colite sans rétrécissement : c'est ce qu'on appelle communément la diarrhée. C'est à l'état chronique que nous l'étudions. Si elle était aiguë, ce serait la dysenterie.

Elle peut être primitive ou secondaire. Secondaire, elle est la suite de l'inflammation de la partie supérieure du canal digestif et des intestins grêles. Primitive, elle se développe sans que le malade ait eu de symptômes gastriques, de coliques, de fièvre, etc. Dans le premier cas, comme elle fait suite aux affections précédentes, je me dispenserai de vous en faire la description ; vous pouvez vous représenter une gastro-entérite incomplètement terminée, et qui, après avoir existé avec du météorisme et des douleurs, se complique de diarrhée. Je vais donc simplement vous décrire celle qui est bornée au colon.

La cause la plus ordinaire de cette maladie se trouve dans de mauvais alimens qui ont été incomplètement digérés. Voici comment elle est produite : des individus qui ont les organes digestifs sains prennent de mauvais alimens qui ne conviennent point à leur estomac, mais qui les font peu souffrir. Trois ou quatre heures

après, ils sont pris de coliques, et vont à la selle. Ensuite l'appétit leur revient; ils mangent de nouveau, et les mêmes phénomènes se reproduisent. Ces individus n'éprouvent rien ou que fort peu de chose pendant la digestion, c'est-à-dire pendant les trois ou quatre premières heures. Mais, en continuant, il arrive que, trois, quatre, six, sept heures après avoir usé de cette alimentation, ils ont des coliques, et rendent des matières humides et fétides, qui sont plus que le résidu des alimens, qui ont une odeur ammoniacale, et qui irritent l'anus et y déterminent des cuissons. Cela se répète et devient continu; si l'état aigu survient, c'est une inflammation dont je vous ai parlé, et à laquelle je vous renvoie. S'il ne survient pas, les mêmes individus, même en prenant des alimens sains, continuent d'avoir de la diarrhée; le colon a perdu sa tolérance. On parle de l'intolérance de l'estomac pour l'émétique; mais on devrait bien parler aussi de l'intolérance du colon pour les matières auxquelles il sert de dépôt. C'est un fait que l'on peut observer sur soi-même, car il y a peu de personnes qui ne l'éprouvent pas quelquefois. Il suffit que l'on ait eu une indigestion et de la diarrhée pour que l'on conserve cette diarrhée quinze jours après, sans commettre d'autres fautes de régime. Cela provient de ce que le colon est resté trop irritable par l'effet de la première indigestion, et qu'il

expulse les matières trop tôt; et, s'il continue de les laisser couler, il en contracte l'habitude. Vous avez beau prendre des alimens de bonne qualité, si vous ne vous traitez pas, vous conserverez long-temps cette diarrhée, et, à plus forte raison, si vous faites des écarts de régime.

Voici une autre question : croyez-vous que d'une mauvaise digestion qui a lieu chez un individu débile, dont l'estomac est dans l'impuissance de digérer, faute d'avoir été suffisamment stimulé, comme chez un convalescent qui prend trop d'alimens après avoir perdu beaucoup de sang, et dont le canal digestif est dans un état de mobilité, croyez-vous que de cette mauvaise digestion, de cette diarrhée par débilité, puisse naître une véritable inflammation? Pour mon compte, je le crois, et il faut bien que vous l'admettiez. En effet, cet individu continuant de prendre des alimens, continuera d'avoir la diarrhée. Des matières fécales irritantes stimuleront la membrane muqueuse du colon, feront naître une irritation marquée par du ténesme, et, à sa suite, une inflammation qui, si elle n'est pas combattue, montera dans les intestins et produira une entérite, chronique d'abord, puis aiguë, qui pourra devenir mortelle.

Quand la colite a duré quelque temps sous forme chronique, il arrive souvent que l'intestin se resserre à sa partie inférieure par excès d'irritabilité, qu'il se contracte, et que les ma-

tières ne sortent plus. Vous avez une idée de ce phénomène à l'époque de la guérison de toutes les diarrhées, du moment qu'il n'y a plus d'évacuations liquides abondantes, les malades rendent des selles comme passées à la filière, parce que le colon et le rectum se sont rétrécis. Ensuite, si la diarrhée ne revient pas au bout de trois ou quatre jours, le colon et le rectum perdent leur irritabilité, et permettent aux matières de cheminer librement et de redevenir moulées et volumineuses comme auparavant.

Il faut voir comment ces rétrécissemens se forment par suite de la colite. Bien des gens, après avoir eu pendant un certain temps de la diarrhée, deviennent constipés, rendent des selles passées à la filière, et finissent par avoir un rétrécissement de plus en plus marqué du rectum ou de la partie inférieure du colon, et qui va même jusqu'à l'oblitération complète. Cela leur arrive quand, après plusieurs récidives et une vie irrégulière, il leur survient une cause perturbatrice, comme un froid subit, une fatigue, une passion vive, etc. : l'irritation va se porter dans l'endroit le plus disposé à la recevoir, et y détermine le rétrécissement. Je donne en ce moment mes soins à un monsieur qui est dans ce cas. On a été obligé de lui déboucher et de lui dilater le rectum, sans quoi il serait mort. Ce monsieur se portait bien; mais il était gourmand, commettait des fautes

de régime, avait de temps en temps de la diarrhée, et éprouvait un besoin impérieux d'aller à la selle, parce que son colon était devenu intolérant. Cet intestin s'est rétréci de jour en jour davantage, et a fini par ne presque plus rien laisser passer. Il s'y accumule de grosses masses de matières, qui s'y endurcissent et y séjournent jusqu'à ce que, à force de coliques et d'afflux de mucocités qui les délaient, il finisse, au bout de douze ou quinze jours de constipation, par s'en débarrasser. Talma, qui est mort d'une oblitération complète du rectum, avait été conduit à cette maladie à force de prendre des lavemens froids. Il trouvait que rien ne lui disposait aussi bien le cerveau que ces lavemens, et journellement, surtout quand il devait paraître sur la scène, il en prenait. Une phlegmasie se développa et fit contracter l'organe. La constipation devint de plus en plus opiniâtre, et enfin insurmontable, et le malade mourut victime de l'étranglement intestinal complet. Ainsi, une diarrhée avec intolérance du colon et du rectum par excès d'irritabilité, étant donnée, deux terminaisons peuvent en être la conséquence : ou l'individu, s'il ne guérit pas, finira par être épuisé par la diarrhée, accompagnée le plus souvent sur la fin d'un épanchement dans l'abdomen et d'un œdème général ; ou il mourra avec une coarctation complète, la constipation succédant à la diarrhée.

Nécroscopies des inflammations gastro-intestinales chroniques.

Les ouvertures de cadavres (ce que nous allons en dire s'applique à toutes les phlegmasies gastro-intestinales chroniques dont nous nous sommes précédemment occupés) présentent toujours un grand intérêt ; mais il faut savoir les interpréter. Vous avez des traces d'inflammation de bien des degrés , celles de la phlegmasie la plus ancienne, celles de la plus récente, et les nuances intermédiaires , celles des irritations qui se sont communiquées aux tissus étrangers à la membrane muqueuse , les gonflemens et les dégénérations du tissu cellulaire interposé entre les tuniques des intestins et les duplicatures du mésentère, les altérations des ganglions mésentériques, les suppurations, les engorgemens, les dégénérations diverses des principaux annexes du canal digestif, du foie, du pancréas, de la rate, et enfin les lésions anatomiques de troisième ordre, provenant de ce que la maladie s'est propagée à d'autres organes, ou, en d'autres termes, de ses complications, telles que les affections pulmonaires ou cérébrales, les péritonites survenues par perforation ou autrement, etc. Il faut savoir distinguer ces altérations pour ne pas les mettre toutes sur le compte du même état morbide, et néanmoins les rattacher à leur cause commune, l'inflammation.

Les altérations les plus anciennes de la membrane muqueuse sont de couleur noire ou brûnâtre; elle est plus friable, ramollie, quelquefois ulcérée, amincie, ou tout-à-fait détruite; la membrane musculeuse elle-même est souvent dans le même état, complètement anéantie, surtout dans le bas-fond de l'estomac. Dans les autres régions de cet organe, le long de la petite courbure, et surtout vers le pylore et le cardia, la membrane muqueuse est plutôt gonflée, épaissie, indurée, conjointement avec le tissu cellulaire sous-muqueux, au point de présenter un aspect lardacé, ressemblant à de la couenne de lard, ou de constituer une sorte de dégénération, que l'on a nommée encéphaloïde, et qu'on a voulu soustraire au phénomène de l'inflammation.

Dans le duodénum, des taches noires, brunes, livides, des follicules saillans, des usures de la membrane muqueuse, des ulcérations derrière lesquelles se voient quelquefois des squirrhosités où elles pénètrent à la profondeur d'un demi-pouce. J'ai vu de ces ulcérations s'étendre jusqu'aux gros vaisseaux, les corroder, et déterminer subitement la mort en les perforant.

On a soutenu que, quand il y avait dans l'estomac ou dans les intestins un squirrhe, et, à leur intérieur, une ulcération et une excavation communiquant dans ce squirrhe, le ramollissement avait commencé au centre de ce dernier,

et qu'ensuite la maladie avait marché vers la membrane muqueuse. Je ne sais si cela peut arriver, ou si l'on a trouvé quelque moyen de faire voir ce qui n'est point; mais, n'en ayant jamais vu d'exemples, je suis certain du moins que, dans l'énorme majorité des cas, la destruction commence par la membrane muqueuse, et que, derrière cette destruction, il se forme une dureté qui lui sert de limite, et dans laquelle cependant elle creuse plus ou moins.

C'est une théorie dont je m'occupe depuis long-temps que celle de la formation de ces squirrhes autour des organes creux. Quand une membrane muqueuse est travaillée persévéramment dans un point par une irritation, et qu'elle s'ulcère, il se fait au-dessous d'elle un épaississement et une condensation; le tissu cellulaire se contracte, se durcit, se transforme; les ganglions, s'il y en a dans le voisinage, se rapprochent et s'accolent à l'organe. Ce tissu cellulaire et ces ganglions indurés servent de plancher à l'ulcération, et sont, si l'on veut, un moyen que la nature emploie pour empêcher la perforation de se faire.

Il y a des différences pour la plus ou moins grande facilité avec laquelle les squirrhes se développent, suivant les âges et les constitutions. Les enfans, si sujets, comme vous savez, aux engorgemens lymphatiques, vous en présentent beaucoup plus que les vieillards. Les enfans scro-

fuleux surtout forment sous ce rapport un contraste frappant avec les vieillards de constitution sèche. Nous trouvons rarement cette sorte d'altération chez les vétérans qui viennent mourir au Val-de-Grâce de gastrite ou d'entérite chronique.

Ces indurations squirrheuses sont de deux espèces dans les organes digestifs : celles qui intéressent le tissu cellulaire, et celles qui intéressent les ganglions. Les premières sont plus dures, et ressemblent davantage à une gelée compacte ou à de la couenne de lard ; les secondes sont plus molles, et ont l'aspect du fromage ou de la matière cérébrale. Du reste, elles se confondent ou sont le plus souvent entremêlées.

Voilà donc les altérations les plus anciennes : le ramollissement, l'ulcération, la squirrhosité.

Celles d'une date plus récente sont, diverses altérations de couleur, de consistance, de densité, etc., se rapprochant plus ou moins des désordres de l'état aigu, que je vous ai fait connaître et que vous pouvez vous rappeler. L'inflammation, après avoir usé, dévoré une partie, cherche pâture ailleurs, attaque une partie neuve, et y produit ses ravages accoutumés.

Quant aux altérations des autres organes, elles seront décrites en traitant de leurs propres inflammations.

De l'hypocondrie ou de la névropathie, suite des inflammations gastro-intestinales chroniques.

Je ne saurais quitter ce sujet des phlegmasies chroniques du canal digestif sans vous parler d'un phénomène qui s'y ajoute communément. C'est un état nerveux qui porte le nom d'hypocondrie ou de névropathie.

Vous savez que l'hypocondrie est classée diversement par les auteurs : les uns la rangent dans les maladies du cerveau ; les autres la placent, avec les anciens, dans les hypocondres et le canal digestif, il en est qui la disséminent vaguement dans les cordons nerveux viscéraux. Au point où en est aujourd'hui la science, il ne faut rien de vague : mieux vaut dire qu'on ne sait pas, et attendre. Voyons si nous serons plus précis.

L'hypocondrie, suivant nous, est un état de sensibilité extrême du système nerveux qui porte les malades à se croire plus affectés qu'ils ne le sont réellement, à vous raconter leurs maux avec exagération, à individualiser tous les sentimens pénibles, tous les mouvemens extraordinaires qu'ils ressentent, et à considérer tous leurs symptômes comme autant de maladies différentes. Comme ordinairement on ne voit pas en eux de dépérissement, de vice de nutrition ni de circulation, qui correspondent à l'effrayant tableau qu'ils vous tracent, on les

prend pour des visionnaires ou pour des fous. Ces hypocondriaques, pour la plupart, ont une exaltation mentale qui leur fait prêter une attention minutieuse à ce qui se passe en eux. Ils doivent leur maladie, primitivement, et dans le plus grand nombre des cas, à une phlegmasie chronique du canal digestif, et surtout de l'estomac et des intestins grêles; car celle du gros intestin est peu capable de la produire, excepté quand elle réside dans la région iléo-cœcale.

Quand ces malades vous feront le récit de leurs maux, nécessairement ils vous donneront les détails les plus particuliers sur ce qui se passe dans leurs organes : ils vous parleront de gonflemens, de vents, de distensions, de chaleurs, de pincemens, d'animaux qui se remuent, qui mordent, qui déchirent. Ensuite, comme vous savez qu'il y a des sympathies du canal digestif avec les appareils locomoteur et cérébral, ils vous décriront des fatigues, des brisemens de membres, des tiraillemens, des chaleurs de tête, des bruits extraordinaires, etc.; ils ne tariront pas. Pourtant ce qu'ils vous racontent n'est pas purement imaginaire, ils l'éprouvent; autrement il faudrait les considérer comme fous.

Quoique le canal digestif soit l'organe dont la souffrance prolongée produit le plus souvent l'hypocondrie, il n'en résulte pas que cette affection soit toujours et uniquement dépendante de cette cause. Il y a des hypocondries par af-

fection du cœur, et beaucoup; il y en a par affection de l'utérus, que l'on nomme hystériques. Mais il n'y en a point par affection de la peau, ni des poumons. Les plus communes sont celles qui dépendent de la gastrite, de la duodénite et de la jéjuno-iléite chroniques, compliquées avec l'hypertrophie du cœur. Ces diverses possibilités ou complications me forceront à vous reparler de l'hypocondrie et à lui consacrer un chapitre à part, quand nous en serons aux névroses, après avoir parlé de toutes les inflammations.

Les phénomènes de l'hypocondrie dépendante du canal digestif s'observent surtout quand la portion de ce canal qui est malade agit. Ainsi, l'estomac en étant le mobile, c'est ordinairement vers la deuxième ou la troisième heure de la digestion qu'ils s'observent; le duodénum et l'intestin grêle les suscitant, ils paraissent deux ou trois heures plus tard.

Il est à remarquer que plus les malades sont traités par les stimulans, plus ils deviennent hypocondriaques, et qu'ils ne le deviennent pas, ou qu'ils cessent de l'être, quand on sait diminuer la sensibilité exaltée de leur canal digestif. Cette observation peut s'appliquer aux affections du cœur, qui se compliquent de celles de l'estomac, ou du duodénum et du foie. Ce sont donc les individus stimulés qui deviennent hypocondriaques. J'en ai vu qui le sont devenus tout-à-

coup après une indigestion. Une dame à laquelle son médecin avait donné l'émétique à hautes doses, en se tenant jour et nuit au chevet de son lit pour être plus sûr qu'elle le prenait, l'est devenue après avoir vomi pendant quatre jours consécutifs. Elle ne se guérit qu'à force d'adoucissans et après un temps fort long.

Quelques individus deviennent facilement hypocondriaques, et il est constant que plusieurs ne le deviennent pas, ou que faiblement, dans les mêmes circonstances où d'autres le sont. Je me suis aidé des données des phrénologistes pour résoudre cette question, et j'ai vu que les personnes timides, à circonspection exubérante, et chez lesquelles l'organe du courage est faible, tournent facilement à l'hypocondrie, pour peu qu'elles soient tourmentées par une irritation viscérale ténace, du genre de celles dont nous avons parlé, et, de plus, stimulées. Il y en a même d'organisées cérébralement de telle façon que, sans aucun mal réel, elles s'imaginent en avoir un très grave. Ce sont des visionnaires chez lesquels, je crois, l'organe du merveilleux joue un très grand rôle, et est peut-être partiellement surexcité. Il faut de bonne heure vous accoutumer à penser que nos fonctions intellectuelles se rattachent chacune à des régions déterminées du cerveau, et que, vouloir concevoir l'esprit sans matière est une illusion. Il n'existe aucune série de pensées dans

laquelle il n'y ait du système nerveux en mouvement. Ce genre d'étude acquiert de jour en jour plus de consistance, et finira forcément par devenir prédominant, car il est fondé dans la nature. On en a ri! Mais de quoi n'a-t-on pas ri? La doctrine physiologique elle-même n'a-t-elle pas été accueillie par les risées des sots? Cependant elle triomphe. Il en sera de même, indubitablement, de la doctrine phrénologique.

Dans la prochaine leçon je vous exposerai le pronostic et le traitement des phlegmasies gastro-intestinales chroniques.

TRENTE-SIXIÈME LEÇON.

30 janvier 1832.

Pronostic et traitement des inflammations gastro-intestinales chroniques.

—

Messieurs,

Nous avons terminé la description des inflammations chroniques du canal digestif, depuis le degré le plus voisin de l'état aigu, jusqu'à celui qui offre le moins de phénomènes d'inflammation. On prétend qu'il existe des espèces de flux ou des sécrétions muqueuses qui sont l'effet pur et simple du relâchement des follicules après l'inflammation, des espèces de gastrorrhées ou d'entérorrhées. Ces flux et ces sécrétions cèdent quelquefois, il est vrai, à la médication stimulante; mais ce n'en sont pas moins des irritations.

En effet, quand une phlegmasie est tombée au dernier degré d'activité, il est possible qu'elle cède aux stimulans; en d'autres termes, un organe enflammé qui ne supportait pas d'abord les stimulans peut les supporter à la fin : cela

s'observe à l'extérieur du corps, où je vous l'ai fait remarquer. Vous avez vu les stimulans guérir des urétrites, des phlegmasies cutanées, des vaginites d'un léger degré, des ophthalmies, des coryza, sans que pour cela ces affections cessassent de mériter le nom d'irritations. C'est un fait qu'il faut prendre tel qu'il est : quand les irritations ont duré long-temps et qu'elles se réduisent à des super-sécrétions, les stimulans, employés à propos, peuvent les guérir, sans que l'on soit en droit d'en nier la nature inflammatoire. En général, c'est un faux raisonnement que celui qui consiste à déduire la nature d'une maladie uniquement de l'effet des médicamens.

J'ai à vous entretenir aujourd'hui du pronostic et du traitement de ces inflammations chroniques.

Les gastrites chroniques générales sont très voisines de l'état aigu, et y passent facilement, si on les stimule; mais il n'en est pas de même des gastrites partielles : avant de passer à l'état aigu, il faut qu'elles s'étendent. Cela vous est annoncé par la perte de l'appétit, une sensibilité gastrique plus étendue, des phénomènes sympathiques qui n'existaient pas, etc. La même chose a lieu dans les entérites et les duodénites chroniques. Celles-ci pourtant passent difficilement à l'état aigu, les évacuations s'y opposant; c'est même pour cela que

les purgatifs les pallient, en provoquant des dégorgemens; mais rarement ils les détruisent, à moins qu'elles ne soient récentes et peu inflammatoires. Lorsqu'une duodénite a de la tendance à passer à l'état aigu, la constipation devient plus opiniâtre, la tension augmente dans la partie, l'hypocondre droit se soulève et devient plus sensible, etc.

Les entérites passent aussi difficilement à l'état aigu, surtout quand l'inflammation a franchi la valvule iléo-cœcale et qu'il y a des évacuations. Cependant ce passage s'opère, et on le voit tous les jours, puisqu'un grand nombre de gastro-entérites aiguës ont été précédées de ces inflammations chroniques.

Les symptômes qui annoncent ces transformations sont jusqu'à un certain point communs à toutes, et prouvent l'uniformité de la nature. Ce sont : la diminution ou la perte de l'appétit, le malaise, les douleurs des membres, des frissons, des pressentimens sinistres, la tristesse, l'élévation du pouls, des chaleurs qui montent à la tête, des digestions brûlantes et incommodes, etc. Ces symptômes sont indépendans de la squirrhosité, de l'induration cellulaire, tuberculeuse, ganglionnaire, aussi bien que des follicules, et appartiennent à la membrane muqueuse, surtout à ses papilles nerveuses, qui sont les parties du canal digestif qui sympathisent avec l'économie.

Ces affections gastro-intestinales chroniques, disons-nous, pour devenir mortelles, doivent passer à l'état aigu, au moins pendant quelques jours : c'est la loi. Cependant il ne faudrait pas prétendre qu'il n'en puisse jamais être autrement ; car il y a des individus qui meurent véritablement d'inanition, sans accélération du pouls, faute de ne pouvoir rien manger. Ce sont des cas extrêmement rares, et que l'on a beaucoup de peine à rencontrer dans l'espace de plusieurs années d'une pratique étendue.

Le pronostic se tire de la durée de la maladie, de la manière dont elle a été conduite, et des symptômes.

1° Règle générale : plus ces affections ont duré long-temps, plus elles sont difficiles à déraciner. Après cela pourtant, il faut avoir égard aux tempéramens et aux climats. Les individus nés avec une grande susceptibilité gastrique, ou chez qui cette disposition est héréditaire, sont difficiles à guérir, et sujets à des rechutes continuelles pendant des périodes de dix, quinze et vingt ans. On peut dire à leur égard ce que nous dirons plus tard des personnes sujettes aux affections pulmonaires et qu'on ne peut en débarrasser. Ce sont des êtres malheureusement organisés, qui ne sont point en mesure avec les agens de ce monde. Il faut donc d'abord vous assurer si ce n'est point à l'un d'eux que vous

avez affaire. Quand la maladie s'est déclarée sans cause puissante, sous l'influence des modificateurs ordinaires, il n'y a guère que le changement de climat qui puisse y mettre un terme. En général, pour se faire une idée de l'issue future d'une maladie chronique, il faut commencer par apprécier les causes ou les modificateurs sous l'influence desquels elle est née. S'ils sont faciles à écarter, vous avez plus de chances de guérison; si vous ne pouvez vous y soustraire, malheur à vous.

Lorsque les gastrites, les duodénites et les entérites chroniques dépendent d'un changement de climat, par exemple du passage d'un pays froid ou tempéré dans un brûlant, elles guérissent ordinairement en revenant au point de départ. J'en ai vu de nombreux exemples dans nos campagnes d'Italie et d'Espagne. J'ai vu aussi des exemples opposés. Des personnes chez lesquelles la réaction est faible et qui sont sujettes aux conjestions pendant l'hiver, contractaient des irritations gastro-intestinales chroniques dans des saisons ou des pays froids, et n'en guérissaient que dans des saisons ou des pays chauds. J'ai connu de ces personnes qui se portaient bien en Espagne, et qui redevenaient malades en repassant les Pyrénées. Vous voyez à Paris bon nombre d'individus qui n'éprouvent de troubles dans leurs fonctions digestives que

pendant l'hiver. Cela dépend de ce que le sang est refoulé par le froid dans les viscères, et de ce que la peau se trouve dans le même rapport avec le canal digestif qu'avec les bronches. Il y a donc une différence entre les individus sous le rapport de l'influence des climats, et elle consiste en ce que les personnes délicates se trouvent bien de l'influence du chaud, et les personnes robustes, de celle du froid.

Lorsque la maladie a déjà duré long-temps, ou qu'elle est revenue plusieurs années de suite, elle est plus difficile à traiter.

En tout état de choses, on doit s'attendre aux rechutes, car elles sont très faciles. Après beaucoup de peines pour guérir une personne, il arrive souvent que, quand cette personne, surtout si elle est jeune, a repris un certain degré de force et de pléthore, elle retombe. Il faut être prévenu de cela, mais ne point s'en décourager. Bon nombre d'individus ayant eu des rechutes de moins en moins graves, finissent par n'en plus ravoir. C'est ici le lieu d'énoncer un principe important de physiologie pathologique : quand on a long-temps vécu dans un état de réplétion inférieur à la pléthore ou à la provision de sang que comportent la constitution et l'état de pleine santé, on est sujet à des congestions. Cela ne s'observe pas, ou que fort peu, à la suite des maladies aiguës accidentelles, mais est

commun après les maladies chroniques qui ont récidivé ou qu'on a guéries par un régime et une hygiène sévère. Il ne faut point s'alarmer de ces congestions : en y portant promptement remède, elles se dissipent. Si elles reviennent, elles sont de plus en plus légères, et finissent par ne plus revenir : pourvu que le malade soit docile et le médecin vigilant, on les prévient, et la santé se consolide.

2° Pour la manière dont la maladie a été conduite, ou le traitement, il faut savoir d'abord que les personnes qui ont été stimulées dans le commencement ont en général plus de peine à guérir. Je suis à même de vérifier journellement ce fait, parce que, dans la position médicale où je me trouve, il se présente à moi un grand nombre de malades qui viennent vers moi de leur propre mouvement, ou que mes confrères m'envoient par différens motifs, soit qu'ils aiment mieux m'en confier le traitement que de s'en charger eux-mêmes, soit que, ne pouvant les guérir, ils aient l'intention de m'embarrasser ou de me mettre à l'épreuve. Dans ces cas, je constate que les malades qui ont été stimulés longtemps et chez lesquels la maladie a été accueillie par les toniques et les purgatifs (ces derniers ne sont pas aussi dangereux, et vous en savez la raison : c'est qu'ils provoquent des évacuations qui effacent jusqu'à un certain point le mauvais effet de la stimulation), conservent, non seule-

ment un état inflammatoire permanent, mais encore un état nerveux, et qu'alors la maladie est plus longue à guérir, et quelquefois même interminable. Il faut encore, dans cette circonstance, considérer le tempérament : les conséquences d'un mauvais traitement seront moins à craindre pour une personne robuste que pour une délicate, nerveuse, ou une lymphatique, disposée aux affections scrofuleuses et aux promptes désorganisations.

3° Parmi les symptômes, il faut savoir distinguer ceux qui donnent de l'espérance, ceux qui la diminuent, et ceux qui l'ôtent entièrement. Il en est un, le grand appétit, dont on a fait un épouvantail, mais qui ne m'effraie pas. C'est au contraire un signe avantageux, ou, au moins, peu alarmant dans les gastrites et les entérites chroniques, que l'appétit persiste, même quand il s'élève au degré de la boulimie ou de la faim canine. Cette faim s'émousse par les saignées, les boissons mucilagineuses et la diète. Je la préfère à l'inappétence, qui est un mauvais signe. L'inappétence annonce fréquemment l'amincissement des parois de l'estomac dans son bas-fond, ou son ramollissement, quand elle survient dans un état avancé, et surtout quand la bouche est continuellement mauvaise, et qu'une salive spumeuse, fade, nauséeuse, visqueuse, inspirant du dégoût et de l'horreur au malade, la remplit continuellement. La maladie est alors

rarement curable. Si à ces symptômes se joignent la rougeur et le saignement scorbutique des gencives, l'ébranlement et la carie des dents, la vacillation de la vue ou la cécité, les malades ne peuvent plus guérir. Je n'en ai vu aucun revenir après ces derniers symptômes, quand ils avaient duré plus de trois jours. Il y en a qui restent ainsi jusqu'à trois semaines sans boire ni manger, et sans voir. Ces phénomènes vous prouvent l'activité des sympathies, sur lesquelles des esprits faux semblent vouloir jeter du ridicule. Lorsque, dans la gastrite chronique, l'estomac est ramolli et presque perforé, le malade, malgré toute la puissance de sa volonté, ne peut rien avaler. Je me rappelle la position d'une pauvre dame que je visitais rue Saint-Honoré, avec deux de mes confrères, et qui avait perdu la vue et ne pouvait avaler. On conseilla de lui introduire une sonde par l'œsophage et de lui faire passer des alimens dans l'estomac. Je fis observer le danger de cette tentative, en disant qu'il ne restait peut-être plus qu'un mince feuillet péritonéal dans le bas-fond de cet organe, et que la malade pouvait mourir tout-à-coup pendant les tentatives d'introduction : je conseillai de se contenter de la soutenir encore un peu avec des lavemens gélatineux ou féculens. Elle mourut peu de jours après, et nous trouvâmes, à l'ouverture de son corps, dans l'estomac, un endroit large comme la main sans aucune apparence de

membrane muqueuse et musculeuse. Une petite toile cellulo-séreuse, presque aussi mince qu'une toile d'araignée, restait seule, et se déchira quand on la toucha. Si l'on eût introduit quelque chose de force dans l'estomac de cette malade, elle serait morte à l'instant même.

Les symptômes les plus fâcheux que l'on puisse observer dans les gastrites chroniques sont donc une salivation incommode, la perte de la vue, et l'impossibilité de la déglutition. Cependant, si ces symptômes se montraient, après quelques excès chez un sujet qui n'aurait point passé par toutes les périodes de l'état chronique, vous pourriez quelquefois en venir à bout. J'ai maintenant sous les yeux l'exemple d'une personne de vingt-deux à vingt-trois ans qui a éprouvé une partie de ces symptômes pendant deux jours, qui salivait, à qui les objets paraissaient vacillans, et sur laquelle j'avais porté un pronostic funeste... j'ai la satisfaction de voir que je me suis trompé.

Le vomissement est un mauvais symptôme, parce qu'il indique une irritation très vive de l'estomac, et de plus un état nerveux. Les phénomènes nerveux étant sujets à devenir habituels, ce vomissement peut persister, et alors il est difficile de le vaincre. Cependant il ne faut pas avoir égard seulement à ce signe; car il est des personnes qui, sans avoir de gastrite, et par la seule idée d'une substance dégoûtante, vomis-

sent : ce sont elles surtout qui contractent des vomissemens opiniâtres quand elles ont des irritations gastriques. Il faut alors consulter d'autres signes : s'il n'y a pas trop de rougeur dans la bouche, sur la langue et dans le larynx, si l'épigastre n'est point sensible, si le pouls est lent plutôt que fréquent, s'il n'y a pas de pulsations considérables des artères cœliaque, coronaire, stomachique, pylorique, gastro-épiploïque, gastro-splénique, etc., à la région de l'épigastre (ces pulsations sont importantes à considérer, et il faut les examiner au stéthoscope pour ne pas les confondre avec celles du cœur, qui sont doubles, ou avec celles de l'aorte, qui sont cylindriques et alongées); si le vomissement existe sans tous ces signes, il indique une irritation peu prononcée et ne présage aucun danger. Quelquefois il disparaît tout-à-coup, capricieusement, au moment où l'on s'y attend le moins, par une affection morale, par un changement de boisson, par un morceau de pain ou un aliment nouveau que le malade prend en suivant son instinct. On dira que c'est un signe trompeur; mais entendons-nous : le vomissement peut être, mais n'est pas toujours un signe de gastrite; il n'est quelquefois qu'un mouvement convulsif subsistant dans l'estomac après l'inflammation. Il ne s'agit que de savoir discerner les cas, et c'est ce que ne font point les médecins qui ne jugent que sur les mots, et qui

sont plus préoccupés du besoin de contredire que de l'envie de s'instruire. Si ce symptôme est joint au soulèvement artériel épigastrique, à la rougeur de la langue et de la bouche, à la fréquence du pouls, etc., il est fâcheux, et indique l'inflammation. S'il est seul, il est léger. Quand il persévère avec les mauvais symptômes et qu'il conduit le malade au marasme, avec l'impossibilité d'avaler et le dérangement des fonctions intellectuelles et visuelles, on ne peut plus douter d'une mort prochaine. A cette époque, la peau est vergetée de rouge, parsemée d'élevures et de pétéchies ; les malades sont faibles et ne peuvent se mouvoir sans avoir des nausées. Quand il est joint aux signes positifs d'un état squirrheux, le vomissement est encore une chose plus grave. Presque toujours alors la phlegmasie se généralise dans le canal digestif, un, deux ou trois jours avant la mort, et le pouls devient fréquent.

Lorsqu'un homme qui avait une gastrite avec lenteur du pouls (trente-cinq, quarante à quarante-cinq pulsations par minute), abaissement de température à l'extérieur et concentration de la chaleur à l'intérieur, éprouve tout-à-coup une accélération de la circulation et un retour ou une augmentation de la chaleur à la peau, cela est avantageux, si la maladie ne dure pas depuis trop long-temps.

Lorsqu'un malade étant subitement pris d'une

concentration de sang sur l'estomac, avec des vomissemens et des coliques tortillantes et enchaînantes, sans présenter de fièvre, on le saigne, et que son pouls s'accélère en même temps que la chaleur revient à la peau, cela est d'un bon augure.

Mais, quand cette accélération du pouls et cette élévation de température surviennent chez un individu épuisé par un état chronique de vieille date et que vous n'avez pu soulager, elles indiquent une généralisation de la phlegmasie, ou une péritonite, ou le développement d'une inflammation pulmonaire. Quelquefois, dans ce cas, la sensibilité gastrique est extrême, et contribue beaucoup à épuiser la force nerveuse du sujet.

Un individu atteint de gastrite et de duodénite chroniques avec constipation éprouve-t-il un relâchement de ventre ou une diarrhée, c'est un cas où le jugement est difficile à porter. Si cela survient dans le commencement sous l'influence d'une médication antiphlogistique, en même temps que le malaise diminue, bon; mais, si cela ne s'observe que fort tard, chez un malheureux qui n'a pas été soulagé, quelques moyens que vous ayez employés, mauvais : la diarrhée lui enlève bientôt son reste de forces, et il périt dans un état déplorable, quelquefois infiltré et distendu par des épanchemens.

Dans une duodénite chronique, lorsqu'on ob-

serve les signes de dépravation ou de suppression de la bile dont je vous ai parlé, l'espoir diminue. Cependant il faut rechercher les causes de cette suppression. J'ai été consulté, il n'y a pas long-temps, par un confrère attaqué de gastro-duodénite chronique depuis environ deux mois, avec constipation opiniâtre et décoloration des excrémens. Il mangeait assez bien dans le commencement; mais, à la fin, effrayé par la souffrance que lui causaient ses alimens dans l'estomac, il cessa complètement d'en user. Je lui déclarai que, s'il ne prenait pas au moins une légère alimentation, son foie allait tomber dans une inaction complète et perdre l'habitude de sécréter la bile; que sa santé allait dépérir de jour en jour et finir par ne pouvoir plus être rétablie. Il me crut, et se guérit.

Cette suppression de bile peut être produite d'une autre manière, que je vous indiquerai plus tard.

Dans le même cas, lorsque le malade est constipé, couleur de cire, faible, et qu'il ne peut plus supporter les alimens ni être fortifié, lorsque ses selles ne sont plus colorées par la bile, mais blanches et comme terreuses, et que son foie est volumineux, on peut présumer que ce viscère est affecté consécutivement à la duodénite, qu'il ne reprendra plus ses fonctions, et que le malade va marcher vers la cachexie et le marasme.

L'augmentation de volume du foie, jointe ou non à la constipation et à la décoloration des selles chez un homme atteint depuis peu de duodénite chronique, encore bien coloré, bien nourri, peut disparaître au moyen des antiphlogistiques; mais, quand ce volume du foie, cette constipation et cette décoloration des selles se joignent à un commencement d'hydropisie chez des malades qui ont fait des rechutes et qui ont été long-temps traités d'une manière inconvenante, on a rarement l'espoir de les rétablir: on peut seulement les faire vivre plus ou moins long-temps avec un canal digestif en mauvais état, prolonger, comme on dit, leur existence huit, dix à quinze ans; mais ils ne recouvreront jamais ce degré de vigueur dont ils devraient jouir, et qui est accordé à chacun selon sa constitution.

Pour ce qui est des inflammations chroniques des intestins grêles, vous ne pouvez, tant que vous sentez de la dureté, de la rénitence, une sensibilité opiniâtre dans quelque région du bas-ventre, vous prononcer sur la guérison. Quelquefois une personne aura porté pendant plusieurs années dans une portion des intestins grêles un point de sensibilité qu'elle n'aura pas voulu traiter, et, au moment où elle y pensera le moins, elle sentira une tumeur dans cet endroit. Ensuite cette tumeur pourra faire des progrès plus ou moins rapides. Combien de fois n'ai-je

pas vu cela, même chez des médecins qui avaient abandonné les voies physiologiques, et qui, las du régime, ennuyés de ne pas guérir, s'étaient rejetés dans les stimulans! Les stimulans avaient dissimulé quelque temps leurs souffrances, et ils se croyaient guéris; mais tout-à-coup les douleurs revenaient, et ils touchaient une tumeur. La lenteur et la perfidie apparente avec laquelle les tumeurs de cette espèce se forment, dépendent de ce que les tissus cellulaire et ganglionnaire de l'abdomen n'étant pas en contact immédiat avec les stimulans, ne s'affectent pas les premiers, et de ce que la membrane muqueuse correspondante a besoin d'être long-temps agacée pour qu'il se développe des duretés dans ces tissus. Du reste, tant qu'elles n'augmentent pas de volume, il y a espoir de les résoudre; mais, quand elles sont parvenues à une certaine grosseur, cela n'est plus possible: elles continuent de se développer, ou restent stationnaires. Certainement des malades peuvent vivre avec une tumeur mésentérique, ou cellulaire, ou épiploïque, placée derrière ou devant le plan intestinal; mais ils auront des coliques, des digestions pénibles, une santé chancelante, et seront sujets aux symptômes de l'hypocondrie.

Lorsque l'inflammation occupe la dernière portion de l'intestin grêle et qu'elle n'a pas franchi la valvule iléo-cœcale, il y a toujours une tuméfaction et une douleur lancinante vers

cette valvule, à certaines époques de la digestion. Vous savez combien les ganglions lymphatiques y abondent : c'est le point où se forment le plus facilement des duretés. Tant que l'inflammation ne dépasse pas la valvule, les malades sont constipés, tourmentés par des vents, des borborygmes, des flatuosités, ont le teint jaune; car la sécrétion biliaire est altérée et le foie se détériore. C'est une loi générale: les organes qui n'agisssent pas se détériorent; si vous êtes un certain temps sans mâcher, vos gencives se détériorent; si vous ne mangez pas, votre estomac se détériore; les organes destinés à être stimulés ou à agir d'une manière quelconque, et il n'en est aucun qui ne soit dans ce cas, doivent supporter la stimulation ou l'action dans une certaine mesure pour se conserver. Le foie, qui n'agit plus par l'effet d'une gastro-duodénite ou d'une jéjuno-iléite, se détériore donc. Ce serait à tort, pour le dire en passant, que vous considéreriez cette détérioration comme ne correspondant qu'à la duodénite; elle peut correspondre à toutes les affections qui dérangent les digestions et pervertissent la sécrétion biliaire.

Si l'inflammation chronique a dépassé la valvule, et que vous ayez une diarrhée irrégulière, avec des douleurs dans le ventre et une tumeur, le cas est grave, et le danger se mesure par le volume et les progrès de la tumeur beau-

coup plus que par la douleur. Celle-ci ne peut même vous guider pour déterminer le siége précis du mal, attendu que souvent les douleurs viscérales sont rapportées à la ligne médiane. Je ne sais pas pourquoi on ne fait point mention de ce fait en pathologie. Dans les affections intestinales, quoique la cause de la douleur existe dans le flanc ou dans la région iliaque, on la rapporte souvent à cette ligne. Dans la bronchite, c'est sur cette même ligne que se concentre la sensibilité, excepté quand l'irritation domine latéralement dans la plèvre ou dans le poumon. Dans les affections du cœur on observe la même chose. Cependant l'estomac semble faire exception. Pourquoi? c'est qu'il a un système nerveux particulier, et que la sensibilité y est moins obtuse que dans les autres régions du tube digestif; mais, malgré cela, ne vous fiez pas trop aux perceptions qui en viennent. Rapportez-vous-en plutôt, pour déterminer le point irrité, à la manière dont sa fonction s'exécute, à la déglutition, aux phénomènes sympathiques déterminés par le séjour des alimens, à ce qui se passe quand ils en sortent. Cela est plus sûr que le témoignage du malade.

Une tumeur considérable dans la région iliaque droite, avec difficulté de la défécation, est plus grave que dans la fosse iliaque gauche, où est l'S du colon. Dans la plupart des cas, le

médecin ne peut que soulager le malade et retarder la mort.

Les rétrécissemens de la partie inférieure varient de siége, et se différencient les uns des autres par les signes suivans : quand ils existent du côté gauche, les matières sortent avec des coliques et des efforts, tandis que, quand ils existent du côté droit, dans la fosse iliaque de ce côté, ou à la valvule iléo-cœcale, aucun effort ne se fait, et il y a seulement des coliques pendant que les matières traversent la partie malade. Dans ce denier cas, les selles sont fluides, fétides, mêlées à des débris de sécrétion muqueuse, à de la bile, à quelque résidu de chyle; tandis que, dans le premier, elles sont moins délayées, passées à la filière, et ne sortent qu'immédiatement après les coliques et pendant les efforts que fait le malade : on observe au-dessus du point rétréci ou de l'obstacle, une grosseur et une dureté sur laquelle les muscles abdominaux se moulent.

Voici les signes qui annoncent la formation de ces rétrécissemens : d'ordinaire, le malade commence par ne pouvoir supporter ses excrémens et par avoir de la diarrhée ; ensuite il est constipé, et, toutes les fois qu'il va à la selle, il est obligé de faire des efforts considérables : il lui semble que les matières fécales traversent un endroit chaud et brûlant, et il éprouve de la cuisson à l'anus. Si on le palpe avant qu'il éprouve

le besoin de rendre ses excrémens, on reconnaît la présence des matières au-dessus de l'obstacle. Quand il est sur le point d'aller à la selle, les douleurs se font sentir, puis viennent les contractions, les e orts, pendant lesquels, si le malade est maigre, vous pouvez voir les mouvemens contractiles des intestins. Il y a en même temps de la rénitence et un son mat au-dessus de l'endroit resserré. Les matières sortent tantôt presque fluides, et tantôt étranglées et plus consistantes. Après qu'elles ont été évacuées, il y a quelquefois du ténesme et des glaires sanguinolentes qui n'ont même pas l'odeur de matières fécales, et qui viennent du rectum, audessous du rétrécissement. Le malade est quelquefois quinze jours sans rendre par l'anus quelque chose qui ressemble à des excrémens : alors vous ne doutez plus du rétrécissement, et il ne reste qu'à déterminer le point qu'il occupe. Vous avez pour cela le palper, la percussion et le toucher. Il peut exister plus ou moins haut dans l'abdomen, et être ou non à la portée du doigt ou des instrumens. Le plus souvent il se trouve dans la partie supérieure du bassin, à l'S du colon; mais il peut se rencontrer plus bas dans le bassin, à une courte distance de l'anus : il occupe alors le rectum, et offre plus de ressources pour le traitement. C'est lorsqu'il existe un tel rétrécissement que vous pouvez observer les efforts contractiles des intes-

tins dont je vous parlais tout à l'heure : vous voyez les muscles de l'abdomen, par une sympathie intime qui les unit aux organes sous-jacens, s'appliquer et se mouler sur les inégalités et les bosselures intestinales. Ce phénomène est précieux à constater, et peut vous servir de guide dans la détermination du siége des phlegmasies à l'état aigu comme à l'état chronique.

TRENTE-SEPTIÈME LEÇON.

1er février 1832.

—

Messieurs,

Pour terminer ce qui concerne le pronostic des inflammations chroniques du canal digestif, il faut dire un mot de l'état névropathique : en général, cet état annonce un degré peu intense de la maladie, quand il en dépend, car il peut dépendre d'autres causes. Il n'est pas un signe funeste. Si l'on persiste dans les moyens appropriés, il se dissipe quand l'irritabilité du cana digestif rentre dans ses limites naturelles. S'il survient un état aigu, cet état se dissipe aussi. C'est pourquoi vous verrez dans les auteurs que souvent l'hypocondrie a été guérie par des fièvres et des maladies aiguës. C'est une manière de parler qui exprime le fait que je vous indique, et il faut comprendre que l'état névropathique est guéri parce que l'état aigu dissipe l'état chronique. Passons au traitement.

Il ne consiste pas seulement dans des médicamens, et doit être combiné suivant les circonstances, suivant la durée de la maladie, suivant

le degré où elle est parvenue dans la région de l'appareil digestif, où elle prédomine, etc.

Traitement des gastrites chroniques.

Nous avons vu qu'il y avait plusieurs degrés d'inflammation de l'estomac : l'état inflammatoire général, dans lequel il y a inappétence, ou bien des douleurs si vives lors de l'ingestion des alimens que les malades craignent de manger; un degré moins actif dans lequel ils mangent avec plaisir, mais souffrent à l'époque de la digestion.

Dans le premier degré, la diète est nécessaire. Ensuite, comme il y a imminence du passage à l'état aigu, les antiphlogistiques sont indiqués, surtout les saignées locales. Souvent il arrive que cette gastrite chronique commence par la nuance d'irritation d'estomac que l'on appelle embarras gastrique, lequel, quand il a été mal traité, peut ne pas s'élever à l'état aigu, mais se prolonger après avoir été combattu par les émétiques, sous forme de gastrite avec hypocondrie: alors le traitement ne change pas. Vous entendrez dire que cet embarras gastrique ne peut céder qu'à l'émétique : c'est une fausse assertion, puisque des milliers d'observations prouvent le contraire. Je ne conçois pas comment on a osé l'imprimer. Nous avons fait aussi, dans notre temps, usage des émétiques, et c'est parce que

nous en avons reconnu les inconvéniens que nous y avons renoncé. Ceux qui prétendent que nous n'avons employé et que nous n'employons que les sangsues et de l'eau de gomme, ne se soucient point de la vérité et ne veulent que calomnier : ils nous prêtent des idées que nous n'avons jamais émises, et, pour nous rendre absurde et indigne comme eux-mêmes, ils nous font nier des faits. Nous savons aussi bien qu'eux qu'une irritation légère cède quelquefois à la stimulation : nous l'avons vu pour les organes extérieurs ; mais nous vous répétons encore que, pour céder à une stimulation, une irritation ne cesse pas d'être une irritation. Que vous guérissiez une blennorrhagie ou une ophthalmie avec des émolliens ou avec des astringens, un érysipèle avec un vésicatoire ou avec des sangsues, ces maladies n'en seront pas moins des inflammations. Il faut avoir renoncé à toute logique pour soutenir le contraire, ou n'avoir d'autre intention que d'abuser les esprits superficiels. On s'étonne de me voir rapporter beaucoup de maladies à l'irritation! mais est-ce une théorie que je fabrique, ou sont-ce des faits certains que je constate? D'ailleurs, que ne s'étonne-t-on aussi de voir tant de phénomènes physiques expliqués par l'attraction, tant de phénomènes chimiques rapportés à l'affinité, et même ces deux forces ramenées à une seule? Pourquoi une foule de faits ne seraient-ils pas soumis en médecine à

l'irritation? Ne serait-ce pas au contraire une raison d'admirer la nature, qui, avec un moyen simple, produirait tant d'effets divers et nous offrirait l'admirable spectacle d'une machine organisée obéissant à un petit nombre de lois? Ne serait-ce pas une consolation pour celui qui cherche à soulager l'humanité? Mais non : on tient absolument à un embarras gastrique indépendant de l'irritation. Si vous demandez ce que c'est, on vous répond que quelque chose est amassé dans l'estomac, que les malades ont la bouche amère, la langue muqueuse, des maux de tête, etc., et que ce quelque chose ne se guérit que par l'émétique. Fausseté, encore une fois! Je vous répète qu'on le guérit mieux par les antiphlogistiques.

Quant à l'objection banale que je ne vois qu'irritation dans les maladies, vous pouvez connaître ma façon de penser à cet égard, en lisant la troisième leçon de ce cours. Je n'ai jamais avancé cela; mais on ne se fait point de scrupule d'imprimer journellement des mensonges contre nous. Faites attention à ce que je vais vous dire aujourd'hui : demain peut-être vous verrez le contraire dans un journal.

Les gastrites de nuance légère peuvent être traitées et guéries de plusieurs manières, par les vomitifs et les purgatifs, les sangsues et les boissons adoucissantes; mais on doit préférer le traitement antiphlogistique, parce qu'il est plu

selon la raison, et qu'il guérit plus sûrement et plus vite, même dans les cas réputés embarras gastriques. Voilà ma proposition.

Quand la gastrite est dans une nuance qui permet l'appétit et un commencement de digestion, mais que cette digestion est accompagnée de douleur, il faut chercher le siége de cette douleur, et, quand vous l'aurez trouvé, pratiquer une saignée locale. En vous disant que cette saignée sera efficace, je vous avance un fait; en vous disant que, si vous mettez des sangsues à une région de la peau correspondante immédiatement à l'endroit irrité, vous aurez un sang plus foncé en cet endroit qu'à un pouce de distance, je vous expose un autre fait, et non une idée *à priori*. Si le sang ne vient pas, vous appliquez des ventouses sur la partie pour l'attirer, puis des cataplasmes, puis des ventouses encore, s'il est nécessaire. Vous enlevez ainsi les irritations circonscrites, soit du cardia, soit du pylore, soit du bas-fond. Ensuite, il faut imposer pendant quelque temps un régime doux au malade. Vous réussissez, si l'estomac n'a pas été ruiné par des polypharmaques qui voient quarante maladies dans une, et qui ont autant de remèdes à lui opposer, qui vous font passer toute une pharmacie par l'estomac d'un malade, et qui ajustent une drogue à un symptôme comme une cheville à un trou. Si vous venez après ces gens-là, vous

avez fort à faire · il vous faut un temps très long pour guérir la maladie, et même souvent vous n'y parvenez pas, à moins que vous n'ayez une conviction intime de la bonté de vos moyens et une confiance illimitée de la part du malade. Les cas où vous rencontrez le plus de difficulté sont ceux qui succèdent aux maladies aiguës traitées par les stimulans et les toniques, tels que les décoctions de quinquina ; car les malades ainsi traités ne meurent pas tous, la nature ne veut pas que l'on tue tout le monde : quand elle est trop tourmentée dans les centres viscéraux, elle se sauve par une autre voie, des crises viennent à son secours; mais l'organe surirrité reste long-temps malade et souvent ne se rétablit pas. Cette méthode, essentiellement mauvaise dans ce cas, doit être restreinte, mais non proscrite. Il est faux que nous n'en usions jamais et que nous nous bornions exclusivement aux sangsues, aux gommeux et aux mucilagineux. Nous professons que ces derniers moyens conviennent aux maladies vierges, mais que, quand elles sont anciennes et réduites autant qu'elles peuvent l'être, la stimulation devient supportable et même quelquefois nécessaire, soit directement pour changer le mode vicieux de vitalité, soit indirectement, pour le détourner. Il faut quelquefois beaucoup de temps pour venir à bout de ces irritations gastriques provenant de ce que le système nerveux de l'estomac a été agacé par

les stimulans, et auxquelles se joint souvent un état névropathique. Les boissons adoucissantes conviennent alors, mais non pas toutes au même degré ; il faut choisir : la série en est nombreuse ; tel individu supporte les acides, tel autre les mucilagineuses, un troisième les féculentes, un quatrième les gommeuses. Il en est qui ne veulent que de l'eau. La plupart du temps les malades préfèrent boire froid ; mais, au bout d'un certain temps, ils prennent avec avantage leurs boissons chaudes. Dans le même estomac la phlegmasie existe souvent à différens degrés et réclame différentes modifications. La majeure partie de l'organe est quelquefois désenflammée et relâchée, qu'il reste encore un endroit où l'irritation est persistante. La difficulté est de déraciner ce reste d'irritation. On parvient assez facilement, par le jeûne et les émolliens d'abord, et ensuite par les alimens doux, les fécules au lait ou à l'eau, les bouillons gélatineux, les topiques calmans, les bains, etc., à le réduire à un degré tel que, pour qu'il s'exaspère, il faut user un certain temps des stimulans. C'est cette latitude de stimulation qui met les stimulateurs à l'aise et leur donne de l'ascendant sur l'esprit des malades. Ceux-ci se trouvent bien d'abord des stimulans, qui leur procurent de la gaieté, les débarrassent de la langueur, des bâillemens du régime antiphlogistique, et ils ne prévoient pas la rechute qui les attend. Il est juste de dire aussi

que quelquefois ils guérissent par ces moyens. C'est alors un beau texte et une occasion de sophismes et de déclamations pour nos contradicteurs. Ils ont recueilli la gloire et tous les avantages d'une guérison préparée et presque entièrement faite par le médecin physiologiste qui les a précédés, et, pour récompense, ils le dénigrent. Mais ils n'ont pas toujours ce bonheur : le plus souvent et même presque toujours, ils n'obtiennent qu'un soulagement de quelques semaines ou de quelques mois, et les malades retombent dans un état plus grave. Si vous doutez de cela, je ne doute pas, moi, que l'expérience un jour ne vous l'apprenne, et je désire que ce soit le moins tard possible.

Après avoir traité une gastrite partielle et fait disparaître la sensibilité qui existait, soit au pylore, soit au cardia, soit au bas-fond, etc., si le malade désire vivement de prendre des alimens, parce que ceux que vous lui donnez sont, à son avis, insuffisans, il ne faut céder que peu à peu et ne pas passer d'un extrême à l'autre en donnant subitement les toniques et le vin. Augmentez graduellement les alimens, et, en même temps, provoquez des révulsions extérieures au moyen de frictions, de pommades, de topiques plus ou moins irritans qui déterminent des éruptions, des boutons, et même des suppurations ; prescrivez l'air des champs, l'exercice modéré, les douces promenades, quelques bains,

la chaleur constante à la peau, aux extrémités surtout, le changement de lieu, les voyages, etc.

Si la sensibilité est excessive dans l'estomac, faut-il se hâter de donner l'opium? non. Faut-il le bannir toujours? non. Lorsque le traitement antiphlogistique aura été continué assez long-temps, c'est-à-dire lorsque la langue sera pâle, la peau décolorée, sans chaleur morbide, mais plutôt un peu froide ou disposée à se refroidir, vous pourrez le donner. De peur de vous tromper, ne le donnez pas d'abord à l'intérieur, mais à l'extérieur, par la méthode endermique, un quart de grain, un demi-grain de ce médicament, ou un huitième de grain d'acétate ou d'hydrochlorate de morphine, sur un pouce ou un pouce et demi de surface de peau dépouillée de son épiderme par un petit vésicatoire ou la pommade ammoniacale.

Après les antiphlogistiques et les narcotiques employés sans succès, si vous craignez, le sujet surtout étant lymphatique, qu'un des points malades ne soit squirrheux ou ulcéré, ayez recours à la révulsion suppuratoire : multipliez les cautères et les sétons.

Je reviens à un précepte donné plus haut d'une manière générale et qui a besoin de plus de détails. Employez, vous ai-je dit, avant tout, le traitement antiphlogistique... cela doit être fait d'une manière raisonnée. Si l'état inflammatoire de l'estomac est général, vous mettez des sangsues à l'épigastre. La quantité que

vous en appliquez doit varier. C'est dans une bonne clinique que l'on apprend à proportionner le nombre des sangsues aux forces des malades. Pour un adulte non encore traité et neuf, on en met trente à quarante; s'il a souffert, on n'en met que vingt. Une, deux ou trois suffisent à un enfant, dix à quinze à une femme. Quelquefois, quand le malade a fait plusieurs rechutes, vous allez par épicrasis : vous appliquez d'abord une, deux ou trois sangsues par jour, et ensuite vous les augmentez, en en observant toujours l'effet. Si les malades sont nerveux, s'ils ont peu de sang, si les sangsues les irritent et leur causent du malaise et de l'agitation, attendez deux jours avant d'y revenir. Souvent ces symptômes se dissipent, et les sangsues n'en sont pas moins avantageuses. Il pourrait se faire aussi qu'ils persistassent, car il y a des individus qui hématosent fort peu et que ces spoliations de sang jettent dans un état excessif d'irritabilité nerveuse : on est alors obligé de renoncer aux sangsues et de recourir à d'autres moyens, aux émolliens et aux calmans les plus doux.

Lorsque vous serez parvenus à remettre le malade en état de manger, mais que néanmoins des accidens reviendront à la suite des repas, que les digestions seront laborieuses, accompagnées de pyrosis, de gastralgie, de crampes d'estomac, de douleurs se propageant dans les flancs, dans les côtés, dans l'épaule, dans le foie, de symp-

tômes d'hypocondrie, de vents, d'inquiétudes, de feux qui montent au visage, d'humeur sombre et mélancolique, etc., que ferez-vous? Le remède est bien simple, trop simple pour que ce ne soit pas le dernier auquel on ait pensé : au bout de deux heures et demie ou trois heures de digestion, quand la pâte chymeuse est à peu près formée, donner à boire de l'eau en petite quantité, à doses rapprochées, très faibles pour les sujets faibles, plus fortes pour les sujets forts. Vous la donnez par cuillerées, pure ou sucrée, aux personnes délicates, blondes, débiles, qui ont perdu du sang. Ces personnes supportent mal les boissons aqueuses et doivent néanmoins en user. Mais c'est le plus petit nombre des malades qui est dans ce cas : la majeure partie les appètent vivement. Vous versez donc dans l'estomac, deux heures et demie à trois heures après la digestion commencée, un liquide frais qui le calme, qui dissipe le spasme du pylore, la douleur du cardia ou du bas-fond, et l'estomac se vide avec moins d'orage. Cette simple précaution a guéri des milliers de gastrites. Ne croyez pas qu'en donnant des toniques l'estomac digèrerait mieux; au contraire, il digèrerait plus mal et cesserait même tout-à-fait sa fonction. Cependant il demande des substances nutritives et ne digèrerait pas uniquement des végétaux aqueux, herbacés, contenant peu de particules alibiles.

Cette boisson aqueuse à prendre sur la fin

de la digestion stomacale peut être ou de la limonade ou de l'eau pure, ou de l'eau sucrée, ou une infusion mucilagineuse, ou du suc de groseilles dans de l'eau, ou un sirop adoucissant, en un mot, une boisson légère et rafraîchissante, au goût du malade : en prendre peu à la fois, avons-nous dit; en prendre, au total, une quantité moindre que celle du chyme. Elle doit être suffisante pour calmer l'irritation résultant du travail de la digestion et ne pas trop délayer le chyle.

Un médecin qui avait quitté la campagne pour venir s'établir à Paris, ayant contracté une gastro-duodénite par suite de chagrins profonds et d'actes *arbitraires* qui l'avaient affecté, s'était soumis à un traitement antiphlogistique très sévère et ne pouvait plus se saigner. Il s'était remis à manger, très difficilement; et, quand survenait la troisième heure de la digestion, il souffrait beaucoup et ne savait que faire. Je lui conseillai de boire un peu d'eau sur la fin de la digestion de l'estomac; il le fit, et quinze jours après il était guéri.

Je vous répète que l'eau doit être prise en petite quantité, sans quoi elle troublerait la digestion au lieu de la favoriser. Il en est de même de tous nos moyens, qui doivent être d'abord bien choisis, et ensuite employés dans une juste mesure. C'est en cela que consiste essentiellement la médecine que nous enseignons, dans

l'emploi le mieux approprié des modificateurs : nous n'en rejetons aucun, nous les appliquons tous, mais en temps opportun, de la manière qui convient, et à la dose la plus avantageuse. On a mauvaise grâce à vouloir la critiquer, et l'on est même coupable quand on essaie d'employer contre elle le ridicule; car le ridicule est déplacé et ne devrait pas être permis dans un tel sujet.

Traitement de la Duodénite et de l'Entérite chroniques.

Pour la duodénite chronique, le traitement est le même que lorsque l'irritation prédomine à la région du pylore. Je suppose que la maladie commence avec la jaunisse, ce qui est commun, car la plupart des jaunisses dépendent de duodénites qui empêchent la bile de descendre dans le canal digestif et font qu'il y a résorption de celle-ci. Les anciens donnaient alors les purgatifs et ne saignaient que quand le pouls était plein : c'était la bile qu'il fallait évacuer, et ils employaient pour cela des formules compliquées, dans lesquelles le charlatanisme trouvait à s'exercer.

Quand un homme est affecté de jaunisse, qu'il ait ou non de la douleur dans le côté droit, il présente toujours des signes de gastro-duodénite : diminution de l'appétit, sécheresse

de la langue, tension de l'hypocondre, soif extrême, etc. Quelques sangsues sur la région du pylore et du duodénum font tomber ces symptômes, et les boissons adoucissantes achèvent la guérison, si la maladie occupe la première portion du duodénum, ce qui constitue la pyloro-duodénite, et si elle est récente.

Quand la duodénite est plus ancienne ou qu'elle a été traitée par ces donneurs de vomitifs qui soutiennent que l'embarras gastrique est une entité dont l'émétique est le spécifique, elle ne se guérit plus aussi facilement : il y a une disposition à la dégénération du foie ou à l'invasion d'une gastro-entérite générale. Vous devez alors employer les saignées, surtout quand il existe une congestion dans le foie et que vous avez affaire à ces individus pléthoriques, gros mangeurs, à large face et à ventre spacieux, qui consomment chaque jour d'énormes quantités d'alimens. Vous les saignez d'abord, et ensuite vous leur appliquez trente, quarante ou cinquante sangsues sous l'hypocondre droit, et des cataplasmes émolliens; vous leur donnez des boissons émollientes et rafraîchissantes. Vous ne devez point avoir égard à ce précepte d'Hippocrate, qu'il ne faut pas priver de vin ceux qui en ont l'habitude : vous le leur retranchez impitoyablement. Ils se plaignent d'abord ; mais, le lendemain, ils se consolent avec un verre d'eau, comme le héron avec un limaçon. Si

vous ne les traitez pas ainsi, l'inflammation envahit un grand nombre d'organes, et vous ne pouvez plus l'arrêter. Dans le plus haut degré, vous ne leur donnerez point d'alimens, mais seulement des boissons sucrées ou mucoso-sucrées, de l'eau de groscilles, de l'orangeade, de l'infusion de guimauve, ou de la décoction d'orge. Quand l'appétit se prononcera et que la fièvre aura disparu, vous leur accorderez de petites panades, des bouillies faites à l'eau et composées avec différentes fécules. Sur la deuxième ou la troisième heure de la digestion, vous leur ferez prendre, à petits coups, une des boissons précédentes. S'ils se débilitent et que ces alimens passent rapidement, vous leur en donnerez de plus substantiels. Si, après avoir été long-temps soumis aux boissons aqueuses et aux alimens légers, ils ne peuvent plus les supporter, et digèrent mieux les viandes sans pain, vous ne vous opposerez point à ce qu'ils en fassent usage. Il ne faut pas être exclusif dans le régime : les alimens aqueux conviennent aux gens forts qui n'ont pas été débilités; mais, quand il s'agit de personnes débiles, molles, dans l'asthénie, vous ne réussissez pas toujours avec ces alimens, qui surchargent et noient l'estomac; il leur en faut de plus nourrissans. Vous leur donnerez des gâteaux de riz, des bouillies concentrées, des œufs (les œufs ne conviennent pas aux personnes irritables, et sont presque

aussi irritans que le vin), quelques bouchées de poisson frais ou de viande blanche, sans les faire boire beaucoup, et en leur donnant seulement quelques gorgées d'un liquide frais et doux, trois heures après le repas. Quand ils ont supporté pendant un certain temps ce régime, vous pouvez leur laisser plus de latitude.

On a trop vanté le régime végétal herbacé dans la duodénite : il ne convient guère, ainsi que je vous l'ai dit, qu'aux individus forts et robustes, sanguins, bien nourris, disposés à l'inflammation. Vous pouvez les tenir à ce régime pendant deux ou trois mois, si la maladie est ancienne, en vous guidant d'après ce fait, que rapporte Van-Swiéten, d'un semblable malade retiré aux champs, et qui, après avoir vécu long-temps d'herbages, se guérit. Mais point de sucs dépurateurs, de cresson, de cochléaria, de fumeterre : c'est du charlatanisme. Ne faites manger aux malades que des végétaux frais. Si vous tenez absolument aux jus d'herbes, faites piler de la laitue, de la mâche, des carottes, de la poirée, et donnez-leur-en le suc avec du petit-lait; mais ne vous jetez pas dans les apozèmes, dans les sucs amers et antiscorbutiques, dans les alcalis végétaux, dans les formules savantes; prenez tout ce qu'il y a de plus simple, un peu d'eau de végétation, douce et bien fraîche, avec un peu de petit-lait. Quand vous avez affaire à des gens qui sont toujours pâles, toujours cou-

stipés, dont les selles sont décolorées et ne présentent point de bile, qui ont une tendance à l'hydropisie, ces préparations ne sauraient convenir; elles ne seraient pas digérées. Il faut prendre votre parti et les faire vivre absolument en leur donnant les alimens qu'ils peuvent digérer. Si vous êtes obligés de leur accorder de la viande, du mouton, du bœuf, cherchez à les corriger par une boisson adoucissante après les repas. Enfin, faites du mieux que vous pouvez. C'est dans ce cas que le physiologiste se montre; mais il doit être tous les jours avec ses malades.

En général, ces maladies sont désespérantes, parce qu'elles restent dans un état de fixité, le foie ne sécrétant plus. J'ai cependant connu des personnes qui, après avoir rendu de la bile aussi pâle que possible, ont fini par en avoir une aussi colorée que celle des personnes les plus robustes : je les ai ramenées à cet état en les faisant passer, par degrés, des alimens les plus faibles aux alimens les plus forts. Peu à peu le foie s'était remis en mesure ave les modificateurs et avait repris sa fonction Ainsi, ne soyez pas trop prompts à condamner ces malades, à moins que ce ne soient des ivrognes qui aient abusé des liqueurs spiritueuses. Ces liqueurs ont, non seulement un effet stimulant, mais une action spéciale sur le système nerveux : elles le pénètrent, elles y produisent une modification différente de celle de

l'inflammation, elles en détruisent la force et la vitalité et lui communiquent quelquefois un genre de stimulation particulière, qui s'accompagne d'un affaiblissement et d'une agitation convulsive des muscles, que l'on a nommée *delirium tremens,* et à laquelle on a opposé l'opium comme remède. Nous nous en occuperons par la suite.

Je ne conçois pas l'usage que l'on fait des purgatifs, du calomel, du jalap, des apozèmes purgatifs, des amers, sous prétexte de rétablir la sécrétion du foie. Je n'ai jamais vu guérir complètement un malade par ces moyens. Quelques personnes, je le sais, supportent les purgatifs et en éprouvent d'abord du soulagement : leur constipation se dissipe momentanément, elles vont à la selle et mangent; mais, viennent-elles à les cesser, elles sont de nouveau constipées et ne peuvent plus digérer. Il faut qu'elles y reviennent. C'est ainsi que les pilules bleues, qui sont composées de mercure, de confection de roses et de réglisse en poudre, provoquent l'appétit et donnent une santé factice. Les malades qui se traitent ainsi sont les tributaires de la pharmacie et ont une existence misérable. En hiver ils prennent des pilules, et en été ils vont aux eaux, quand leurs moyens le leur permettent. Après huit, dix ou quinze ans, ils périssent d'hydropisie ou de consomption, ou tourmentés par la goutte. C'est ainsi que vivent

et que meurent tous les riches gastronomes d'Angleterre. Ils sont d'abord malades d'intempérance, et ensuite les purgatifs les achèvent. On m'adresse chaque jour de ces malades, et je suis à même de constater les effets funestes de ce traitement, qui n'est que palliatif et qui a l'inconvénient, 1° de stimuler souvent le malade plus qu'on ne voudrait, et de ramener la maladie à l'état aigu; 2° de ne pas guérir complètement la maladie et d'entretenir une irritation du duodénum. Si vous voulez obtenir une cure radicale, voici ce que vous devez faire : soumettre ces personnes constipées, robustes, sans désorganisation du foie, à un régime antiphlogistique; leur faire une application de quarante à soixante sangsues, à la région du foie, si ce sont des hommes; de vingt à trente, si ce sont des femmes; leur retrancher les stimulans et les mettre à la nourriture végétale. Si la constipation vous embarrasse, il y a deux moyens de la vaincre, sans avoir recours aux purgatifs : faire boire, en suivant la prescription ci-dessus, vers la troisième heure de la digestion, ou bien provoquer des selles au moyen de lavemens légèrement purgatifs. Vous avez aussi un auxiliaire puissant dans les alimens végétaux et dans les fruits bien mûrs. Si le malade met de la constance dans ce régime, vous finissez par lui rendre la liberté du ventre. J'ai guéri ainsi des personnes qui étaient consti-

pées depuis une douzaine d'années. La plupart avaient des douleurs sympathiques dans le côté ; de temps en temps le foie se gonflait, surtout si ces personnes avaient été dans les pays chauds, car ils déterminent souvent ces constipations. Lorsque les malades éprouvent des coliques, vous leur donnez des lavemens émolliens. Si, dans le commencement, vous leur accordez quelques purgatifs, parce qu'elles en ont contracté l'habitude et que vous ne pouvez obtenir d'elles qu'elles s'en détachent brusquement, il faut les en déshabituer peu à peu, pour ne les traiter ensuite que par le régime et les moyens doux, qui sont les plus sûrs pour obtenir une cure radicale. J'ai ainsi rétabli bon nombre d'individus qui se faisaient digérer artificiellement par les pilules purgatives et les eaux minérales salines.

Pour l'entérite chronique, le traitement est à peu près le même; seulement, vous avez l'avantage que l'estomac et le duodénum sont sains, que le malade ne souffre pas pendant la première digestion, et qu'il n'a que des borborygmes et quelques douleurs lancinantes. Si le sujet n'est pas usé et qu'il n'ait pas de grosses masses de ganglions mésentériques dans le bas-ventre, le traitement antiphlogistique peut lui réussir parfaitement; mais vous serez obligés de le mettre à un régime aussi sévère que s'il avait une maladie plus grave. Ce sont les bouillies qui réussissent le mieux. Vous avez plus de latitude pour

l'estomac, qui reçoit presque tout; mais, précisément à cause de cela, il faut être plus sévère. Un monsieur qui avait conservé cette maladie pendant des années, et qui éprouvait de la sensibilité au milieu du ventre, tout en faisant de bonnes digestions, voulut bien consentir à se mettre pendant trois mois au régime de la bouillie en petite quantité, mais suffisante pour ne pas se débiliter. A peine six semaines s'étaient-elles écoulées, qu'il était déjà guéri et pouvait manger toute espèce d'alimens.

Quand la sensibilité nerveuse est exaltée, on a recours à l'opium à l'intérieur, par doses fractionnées, ou à l'extérieur, par la méthode endermique, sur les différens régimes de l'abdomen.

Lorsque la maladie est avancée, et qu'il y a déjà des ganglions et des duretés sensibles dans le ventre, des rétrécissemens probables, des ulcérations vers la région iléo-cœcale, le cas est grave : il faut insister plus long-temps sur le régime antiphlogistique et avoir recours aux exutoires.

TRENTE-HUITIÈME LEÇON.

3 février 1832.

Résumé du traitement de la Gastrite, de la Duodénite et de l'Entérite chroniques. — Traitement de l'état névropathique. — Effet des eaux minérales dans ces maladies.

—

MESSIEURS,

Nous avons suivi les irritations chroniques du canal digestif jusqu'à la fin de l'intestin grêle, mettant toujours en tête celles qui se rapprochent le plus de l'état aigu, et terminant par les nuances les plus obscures. Nous avons cherché à leur approprier les moyens curatifs les plus avantageux, et nous avons vu qu'ils ont surtout consisté, 1° dans les émissions sanguines proportionnées aux forces des sujets, mais répétées, sur le point malade; 2° dans un régime composé de substances amilacées, gélatineuses, en quantité proportionnée à la faculté digestive; 3° dans

l'emploi des narcotiques, à l'intérieur quand la partie qui doit être soumise à leur action n'est pas dans un état d'inflammation, à l'extérieur, par la méthode endermique, dans le cas contraire; 4° dans la révulsion, pour les cas d'extrême opiniâtreté, moyen d'autant plus puissant qu'il est appliqué plus près du lieu malade ou du foyer de l'irritation.

Ayant eu à déterminer si, après les antiphlogistiques, les narcotiques et les révulsifs, il ne devenait pas utile d'administrer des stimulans à l'intérieur, nous avons établi une distinction entre les stimulans nutritifs ou alimentaires, et les stimulans médicamenteux, et nous avons reconnu que (A) les premiers devaient nécessairement arriver le plus tôt possible, dès que la digestion peut s'en faire, c'est notre règle, mais qu'il fallait choisir ceux qui déterminent le moins de fatigue dans les organes chargés de les élaborer. Un beau problème de physiologie pathologique est de savoir concilier la nutrition avec le traitement antiphlogistique dans les maladies du canal digestif. C'est là que se montre la sagacité du médecin. Si vous laissez jeûner trop le malade, la privation et la souffrance irritent ses organes gastriques et peuvent y ramener la phlegmasie. Si vous le nourrissez trop, le même inconvénient vous attend. Vous êtes donc obligés d'être continuellement

à la recherche des modificateurs applicables aux degrés variables de la maladie, obligés tantôt de dégorger, tantôt de calmer, tantôt de révulser, et en même temps de changer, de doser différemment les substances alimentaires. Lorsque (B) les stimulans médicamenteux ou les toniques arrivent après un long emploi des antiphlogistiques sur une large surface émoussée et relâchée, en même temps que sur une phlegmasie plus circonscrite et amoindrie, ils redonnent de l'activité à la portion qui n'est point phlogosée, raniment l'appétit, les forces et l'espérance, et font passer les alimens avec plus de facilité. Si le point de phlegmasie restant est peu considérable, il se dissipe quelquefois; mais le plus prudent est d'attendre qu'il s'éteigne, sans recourir à la médication directement tonique. D'ailleurs, les bons alimens, la viande, et surtout le bon vin, sont, comme chacun sait, les toniques par excellence du canal digestif. Les médicamens qualifiés de toniques consistent en des substances végétales ou minérales difficiles à supporter et qu'on ne doit employer que lorsque les stimulans alimentaires sont insuffisans. Dans tous les siècles, il s'est rencontré des médecins circonspects qui n'ont traité que par le régime, et les succès qu'ils ont obtenus, surtout dans les maladies chroniques, ont été remarqués et soutenus; tandis que ceux qui, plus hardis,

ont traité par les médicamens, ont, à la vérité, opéré quelquefois des cures inattendues qui ont jeté de l'éclat, mais ont tué plus souvent. Il vaut mieux n'être pas si hardi; car il est inévitable que le médecin qui emploie fréquemment les poisons et les forts stimulans cause de temps en temps quelques morts aussi promptes pour le moins et aussi remarquables que les guérisons qu'il recherche. Pour mon compte, je m'en abstiens, et je préfère toujours la méthode rationnelle.

Je crois déjà vous avoir dit que l'état névropathique se trouve souvent réuni à la phlegmasie chronique de la partie supérieure du canal digestif, mais presque jamais à celle de la partie inférieure ou du colon uniquement, et que cela dépend de ce que l'estomac et les intestins grêles exercent plus d'influence que ce dernier sur les centres sensitifs.

Cet état névropathique exige d'abord le traitement qui appartient à sa cause, c'est-à-dire à la gastrite partielle dont il dépend ; car on ne le voit pas avec la gastrite générale, qui est beaucoup trop sérieuse pour n'avoir que ce cortége à sa suite. En effet, cet état n'est pas un signe qui indique que l'on soit gravement malade : les névropathiques ne gardent pas le lit et peuvent aller et venir à peu près comme bon leur semble, tandis qu'il n'en est pas de même, à beaucoup près, des individus atteints de gastrite gé-

nérale. Le remède de l'état névropathique est donc celui de la gastrite partielle. Mais n'y en a-t-il point d'autres? Le médecin empirique qui ne fait aucun rapprochement pourra convenir qu'il faut en effet nourrir le malade avec des substances féculentes et gélatineuses, mettre de temps en temps quelques sangsues sur le point malade; mais il voudra donner aussi autre chose pour les symptômes nerveux, et que sera-ce? l'opium, l'assa-fœtida, la vélériane, le camphre, le musc, en un mot les antispasmodiques qui ont une action diamétralement opposée à celle des émolliens, qui empêchent la guérison et font naître une série de mouvemens perturbateurs par lesquels ceux de la maladie se trouvent dissimulés: les patiens se croient délivrés de celle-ci; mais, au bout d'un certain temps, elle reparaît plus aiguë et oblige de revenir aux antiphlogistiques, après lesquels on retombe dans les antispasmodiques, après lesquels une autre rechute a lieu, et ainsi de suite, jusqu'à ce que la désorganisation soit consommée. C'est de cette manière que ces maladies se perpétuent et qu'enfin elles tuent. Ainsi traitées, elles vous représentent, dans un long espace de temps, ce que les émétiques donnés contre les embarras gastriques, qu'ils n'empêchent point de revenir, vous représentent dans un beaucoup plus court.

Qu'avons-nous de mieux à faire ?... nous avons à persuader d'abord aux malades que, quand l'irritation intérieure sera calmée, l'état névropathique cessera ; et ensuite, si, par les seuls antiphlogistiques, il n'a pas complètement disparu, nous avons à achever de le dissiper par d'autres moyens. Je vous ai déjà indiqué l'opium et les autres narcotiques, introduits de préférence par la peau ; mais le principal remède, celui qui peut remplacer tous les autres, c'est la distraction, la dissipation, le grand air, les voyages, les eaux minérales.

Expliquons-nous sur ces dernières. Je me suis approché des eaux minérales cet été (1830) pour voir ce qui s'y passe, des eaux minérales sulfureuses et gazeuses : je leur ai reconnu des propriétés excitantes, dont les effets se manifestent, dès les premiers jours, chez ceux qui les prennent pour des affections viscérales, surtout pour des gastrites ou des entérites partielles, avec gonflement du foie ou de la rate, engorgement des ganglions ou du tissu cellulaire, pour des obstructions enfin. D'abord les malades éprouvent une irritation plus ou moins vive à la peau, leur appétit se perd pendant quelques jours et revient ensuite, ou le contraire arrive : il augmente subitement et se perd ensuite. Il y en a qui ont de la fièvre pendant deux ou trois jours et chez lesquels il se fait quelquefois une révulsion du point malade aux sécréteurs, par des sueurs, ou

par des urines abondantes, ou par des sécrétions bilieuses et muqueuses, ou il survient une hémorrhagie. Après cela, l'exercice, la dissipation, la danse, les bals, les parties de plaisir, interviennent et sont d'un très grand poids. Le changement des *circumfusa* et des *percepta* est complet et produit un mode d'innervation tout différent de celui qui a précédé. Quelques malades guérissent ainsi. Ce sont les cures les plus heureuses. Il en est d'autres dont l'affection passe à l'état aigu. Il en est même chez lesquels la phlegmasie partielle passe à l'état de gastro-entérite complète sous forme de typhus, et qui succombent. Quand les médecins voient commencer ces accidens, ils suspendent les eaux, saignent les malades, leur donnent des purgatifs et leur font ensuite reprendre les eaux. Ils parviennent ainsi quelquefois à déplacer l'irritation. Lorsqu'ils n'y parviennent pas, les malades sont obligés d'abandonner les eaux et de s'en retourner chez eux. Après leur retour, ils en ont toujours pour deux ou trois mois d'irritation : les médecins les en préviennent même avant qu'ils ne partent, et leur disent de ne point s'en inquiéter. Cet avertissement est fondé sur un fait : c'est que ces eaux ont souvent ranimé le point de phlegmasie chronique qui existait, et les malades ne se trouvent soulagés qu'après s'être soumis au régime émollient. J'ai souvent vu des personnes qui re-

venaient des eaux avec de plus fortes gastrites qu'auparavant, et qui ne s'en tourmentaient point, rassurées par l'avis du médecin qui leur avait dit que cela se dissiperait après un ou deux mois. Je convenais avec elles de la possibilité de ce résultat ; mais je les engageais à prendre, en attendant, des bains, des boissons adoucissantes, et à s'appliquer des sangsues. Elles se guérissaient ainsi de l'état aigu surajouté à la maladie ancienne, et souvent de celle-ci. Pour être juste, il faut ainsi énoncer tous les faits ; mais, quand on veut combattre une méthode qui déplaît, on ne parle que de ceux qui lui sont défavorables. Les médecins physiologistes tiennent compte des bons comme des mauvais effets des eaux, et savent que, quand il y a un point d'irritation circonscrit dans le canal digestif, elles peuvent le révulser sur-le-champ, comme elles peuvent l'exaspérer. Mais ne faut-il pas dire, me demanderez-vous, que la composition des humeurs est changée par ces eaux, et que celles-ci leur communiquent plus ou moins d'albumine, de fibrine, de cruor, d'oxigène, d'hydrogène, d'azote, etc.? Tout cela est possible et se fait sans que vous y songiez. Ce n'est point ce que vous devez vous proposer, au moins directement : vous vous guiderez beaucoup mieux par la douleur, par les mouvemens organiques, par la force, par la faiblesse, en un mot par l'irritation, dont je vous parle si

souvent, parce que la nature le veut ainsi et qu'elle l'emploie elle-même si souvent. Laissez aux chimistes leurs analyses; profitez seulement de ce qu'elles ont d'utile, mais ne visez point à des applications impossibles. Ici les véritables indications à remplir sont celles de la gastrite et de l'entérite partielles : on y pourvoit par les révulsifs et surtout les voyages. Si l'on veut user des eaux minérales, il faut leur appliquer les principes que je vous ai exposés relativement aux stimulans, aux évacuans et aux toniques ; car elles ne sont pas autre chose que des toniques, des évacuans et des stimulans.

En résumé, trois ordres de moyens révulsifs sont opposés à cet état névropathique: 1° les émétiques et les purgatifs, qui sont des évacuans; 2° les toniques proprement dits, conjointement avec une forte alimentation; 3° l'exercice. Vous connaissez les avantages et les inconvéniens des deux premiers : voici pour le troisième.

Il est des personnes auxquelles l'exercice est nuisible, par exemple, celles dont la circulation est en mauvais état, qui sont sujettes aux congestions du foie et de l'estomac, ou des autres viscères: quand vous les faites marcher, courir, travailler de leurs membres, leur cœur est vivement agité, des engorgemens se forment dans la veine cave et dans tout l'abdomen. L'exercice ne vaut rien à ces personnes-là et les empêche souvent de guérir. Il faut donc, quand

vous le prescrivez, songer à autre chose qu'à révulser, qu'à faire agir les muscles, qu'à exciter la transpiration, qu'à donner de l'hilarité : il faut songer à la circulation elle-même, vous informer de l'effet de la marche sur le malade, si elle ne lui rend pas le cœur turgescent, inégal, palpitant, explorer cet organe, explorer l'épigastre et son faisceau d'artères. Cet examen est d'autant plus important que beaucoup de névropathiques ont en effet une irritabilité extrême du cœur. Il a y plus : c'est que l'état névropathique est souvent causé par une action supernormale du cœur qui lance le sang trop violemment, ou par un cœur trop faible, ramolli déjà jusqu'à un certain point, qui laisse stagner le sang. Nous ne connaissons pas le secret de la circulation, ni celui de la liaison du système nerveux avec le système sanguin : les artères viscérales sont entourées de nerfs si nombreux qu'ils leur forment comme une gaîne; quand le cœur est fortement agité et qu'il fouette le sang dans ces artères, il y a là une source d'irritation ordinairement méconnue et qui néanmoins mérite toute notre attention. Après que les antiphlogistiques ont produit leur effet, on se trouve bien des sédatifs de la circulation, quand l'estomac peut les supporter, de la digitale, des pointes d'asperges, de l'acétate de plomb, de l'opium, de la narcotine, de la morphine, de la thridace, de l'acide hydrocyanique, du froid

même, quand la saison le permet; car nous ne sommes point exclusif dans notre méthode, et nous ne repoussons aucun moyen: nous ne pouvons même voir exclusivement aucune question ; une maladie nous rappelle toutes les autres.

Traitement de la diarrhée et des rétrécissemens du gros intestin.

Passons aux affections chroniques des gros intestins. J'ai dit que la diarrhée pouvait être la suite de l'état aigu, ou provenir de fausses digestions, de mauvais alimens; que l'estomac ne paraissait pas en souffrir dans bien des cas; mais que, quand le produit de ces digestions imparfaites arrivait dans les intestins, il les importunait, et qu'il en résultait des selles liquides; que, si cela continuait, le gros intestin se trouvant toujours irrité par ces matières, passait à un état aigu ou chronique d'irritation, et qu'il en résultait une habitude de diarrhée. Le colon est un intestin dormant, qui ne se réveille de son état de torpeur que de temps en temps pour expulser les matières, quand il en est surchargé. C'est un bienfait de la nature, qui n'a pas voulu que nous fussions, comme certains animaux, obligés de rendre à chaque instant nos excrémens; mais, quand cet organe a été stimulé pendant un certain temps, il ne supporte plus les matières et les expulse à chaque instant. De cette

irritabilité, qui paraît nerveuse, il n'y a pas loin à l'état inflammatoire, et, quand celui ci existe, il faut dégorger la partie par les sangsues. Après ce dégorgement, deux choses restent à faire : employer les narcotiques pour ralentir les mouvemens de l'intestin, et ne donner que peu d'alimens pour le surcharger le moins possible. Cette pratique a sauvé la vie à des milliers d'individus. Vous pouvez en faire l'épreuve sur vous-même, quand vous avez un dérangement du canal digestif : ne mangez pas le lendemain, ou ne mangez presque rien ; si vous éprouvez de la douleur, prenez un grain d'opium ou mettez-vous quelques sangsues à l'anus, vous serez guéris sur-le-champ. Mais, si vous vous jetez dans les drogues, vous verrez que ce ne sera plus aussi simple. J'ai terminé ainsi des diarrhées qui avaient de neuf à douze ans d'existence, et auxquelles on avait inutilement opposé mille moyens différens ; car vous avez une quantité de médecins dont les combinaisons thérapeutiques ne vont pas au-delà du nom d'une maladie associé à celui d'un médicament : ainsi, dans leur esprit, la diarrhée appelle l'eau de riz ; si elle ne suffit pas, l'opium ; si elle ne réussit pas, l'extrait de ratanhia ; s'il manque son effet, le diascordium, le cachou, etc. C'est une liste faite d'avance, où tout est pêle-mêle, et où l'on prend au hasard, sans égard à l'état des organes : procédé empi-

rique qui ne demande que de la mémoire, médecine plate et vulgaire pour laquelle même n'est pas besoin de médecins, et que des gardes-malades peuvent faire.

Pour revenir à ces diarrhées anciennes dont je vous parlais tout à l'heure, je puis vous en citer une qui datait de douze ans, chez une femme de cinquante-cinq, qui avait épuisé toutes les drogues de la pharmacie sans avoir pu se guérir. Je lui dis : « Vous aurez la patience de ne vivre que de bouillie, que vous prendrez par cuillerées toutes les deux heures. Vous choisirez entre celle de farine de froment séchée au four dans un pot de gré, ou torréfiée, celle de gruau ou celle de farine de riz. Vous ferez ces bouillies à l'eau ou au lait, mais préférablement à l'eau, parce que sans doute elles passeront mieux. Vous en prendrez d'abord une cuillerée toutes les deux heures; quand vous aurez soif, vous boirez un peu d'eau de gomme ou d'eau de riz gommée. Faisant peu d'exercice et même ne sortant point de chez vous, vous n'aurez pas besoin de manger davantage. » Au bout de quatre jours, cette femme n'avait plus de diarrhée.

Dernièrement, j'ai fait une cure semblable sur un personnage éminent dans les sciences.

Il y a un an, une dame qui avait employé à profusion tous les anti-diarrhéiques, était sur le point d'avoir une gastrite formidable qui, en effet, eût pu lui supprimer sa diarrhée, mais

aussi la faire périr. Je prévins l'une, et je guéris l'autre par le même moyen.

Nous sommes parvenus, dans une autre occasion, mon fils Casimir et moi, à ramener d'une diarrhée et du marasme le plus complet un malheureux enfant qui avait tout le ventre endolori, et qui était sur le point de succomber.

Mais, pour obtenir ces guérisons, il faut que les malades se soumettent au régime et s'imposent des privations. Vous pouvez, si bon vous semble, ou si autrement ne se peut, vous aider des narcotiques.

Souvent on vous appellera après que d'autres moyens auront été employés inutilement, quand le malade sera épuisé, dans le marasme, déjà en partie désorganisé, quand il y aura un commencement d'hydropisie dans le bas-ventre. Alors il ne vous suffira pas de dire que, si vous aviez traité le malade dans le commencement, il ne serait pas en cet état. Si c'est un enfant qui ait des ganglions malades dans le mésentère, le colon n'est pas seul affecté, l'intestin grêle l'est aussi. Vous êtes presque désarmés en présence d'un pareil mal; mais vous devez laisser à la nature toute sa latitude pour réparer les désordres; vous devez prescrire le régime le plus doux, user sagement des narcotiques, provoquer de temps en temps quelques éruptions de boutons à la peau avec une pommade

stibiée ou ammoniacale appliquée sur le ventre, employer les sinapismes et les rubéfians aux extrémités. Mais le régime surtout, le régime! n'espérez pas guérir sans lui.

Autrefois le diascordium était le cheval de bataille contre la diarrhée et la dysenterie. Quand j'arrivai à Madrid, en 1809, je trouvai les salles de morts pleines de cadavres secs commes des allumettes, dans des hôpitaux peuplés de diarrhéiques et de dysentériques qu'on traitait par ce médicament à des doses capables d'étonner un brownien.

Nous avons parlé de rétrécissemens ou d'épaississemens qui se forment quelquefois dans la région iléo-cœcale, avec tumeur et imminence de squirrhosité. Cela est d'autant plus grave et d'autant plus difficile à traiter que souvent le malade jouit d'assez de vigueur, qu'il a de l'appétit, l'estomac bon, quelquefois le duodénum sain, et toute la longueur de l'intestin grêle en bon état; seulement, dans cette région, il conserve un point d'irritation qui produit autour de lui un gonflement cellulaire squirrheux ou tuberculeux. Le plus souvent ces malades sont des gens que l'on a proclamés guéris avec les toniques. On n'a fait que leur procurer une transformation de maladie, une transition de la phlegmasie chronique curable à une désorganisation irréparable; et, comme cette transition est lente, on ne la voit pas s'opérer, et l'on nie

le rapport de l'inflammation avec la dureté ou le squirrhe : on nie surtout la part que le traitement irritant y a eue. La médecine physiologique, qui ne voit que l'histoire pathologique des organes et qui ne fractionne point ainsi les maladies pour faire de leurs différentes formes ou de leurs différentes périodes autant d'entités, les comprend dans toutes leurs conséquences et en règle ou en apprécie le traitement, quel qu'il soit. Ainsi, ces duretés, ces engorgemens cellulaires, squirrheux ou tuberculeux, que l'on traite, quand le malade conserve encore de l'appétit, par les frictions mercurielles ou le calomel jusqu'à salivation, sont rarement, suivant elle, modifiés avec avantage par ces moyens, qui agissent révulsivement sur la membrane muqueuse du canal digestif en y excitant une irritation voisine de l'inflammation et souvent y aboutissant ; ce qui doit, au reste, étonner moins que jamais, à présent que l'on vient de faire sur des chiens des expériences prouvant que le mercure est un grand et dangereux poison qui enflamme et rougit les intestins comme du feu. On doit donc s'en défier et ne l'employer qu'avec une extrême circonspection. Je lui préfère la méthode suivante : de temps en temps des petites saignées locales, des exutoires, des cautères, des moxas multipliés dans les environs du mal, l'emploi soutenu des topiques émolliens, un régime doux, exigu, suffisant seulement

pour ne pas laisser souffrir le malade de la faim, le repos, peu ou point d'exercice. Le temps aidant, on guérit quelquefois ces tumeurs.

Quant au rétrécissement de la partie inférieure de l'intestin, si vous êtes arrivés quand il commence, le traitement antiphlogistique peut réussir. Vous soustrayez les alimens solides pour ne nourrir le malade qu'avec des bouillies, des fécules; vous appliquez de temps en temps des sangsues; vous faites agir continuellement les topiques émolliens locaux; vous excitez doucement la peau en attendant la résolution.

Quelquefois il survient un état squirrheux, suite de l'inflammation localisée dans le gros intestin et produisant le rétrécissement. Alors deux traitemens peuvent être mis en usage: l'un est celui que je vous ai indiqué à l'article des phlegmasies chroniques du cœcum; l'autre consiste dans les moyens mécaniques. Il faut déboucher l'intestin par le moyen des sondes et porter avec prudence les caustiques dans cette partie, comme on les introduit dans l'urètre. Nous avons en ce moment un malade auquel un habile chirurgien (M. le docteur Amussat) est parvenu à introduire une sonde de la grosseur du pouce dans l'extrémité du colon, quoiqu'il fût presque oblitéré. Nous obtenons ainsi des évacuations qui seraient impossibles sans le secours de cette sonde, car, lorsqu'on cesse de s'en servir, les matières s'accumulent et sont

retenues au-dessus de l'obstacle, à une distance de 5 à 6 pouces de l'anus.... Que deviendra ce malade? je l'ignore. Mais toujours est-il qu'il serait déjà mort sans ce procédé mécanique.

Voilà ce que j'avais de plus important à vous dire sur les phlegmasies chroniques du canal digestif.

Réponse à quelques objections générales.

Avant de passer à un autre sujet, je vais vous présenter rapidement quelques réflexions sur une attaque qui vient d'être dirigée contre nous dans un journal de médecine. La question étant sérieuse, comme toutes celles qui ont trait à la médecine et qui intéressent la vie des hommes, je tiens à vous faire remarquer, au moins une fois, avec quelle légèreté on nous critique et jusqu'à quel point on dénature nos idées.

« C'est sans doute, dit le journaliste, une » grande et heureuse idée que celle de don- » ner la physiologie pour base à la médecine, » et, sous ce rapport, le chef de l'école phy- » siologique a droit aux hommages de ses con- » temporains. » *C'est sans doute une heureuse idée, etc.* Voilà le passeport, l'adulation, le miel mis sur les bords du vase. Voici venir l'amertume.

» Mais n'a-t-il pas fait un singulier abus de » cette idée en voulant rattacher à l'irritation

» ou à l'inflammation toutes les modifications, » toutes les altérations pathologiques dont nos » organes sont susceptibles? » Cela est faux. Nous ne rattachons pas toutes ces altérations à l'irritation ni à l'inflammation, mais nous les y rattachons en grande partie, parce que, en effet, elles en dépendent.

« Les médecins physiologistes se sont placés » en dehors d'un grand nombre de faits observés, en ne reconnaissant dans toutes les maladies qu'une seule cause, qu'un effet, et, par conséquent, qu'une série d'agens thérapeutiques.» Cela est encore faux. La doctrine physiologique ne s'est pas réduite à une seule série de moyens thérapeutiques. Elle les admet tous; mais elle assigne à chacun sa valeur. Ses principes sont tels, qu'on peut les appliquer à toute espèce de traitement. Elle ne recule devant aucun fait, et recherche au contraire les plus extraordinaires pour les soumettre à ses principes, ou pour s'éprouver elle-même. Seulement elle ne les laisse pas isolés : elle les rallie à certains groupes d'idées, et c'est là ce qui la caractérise.

« Quel est le médecin qui croira qu'une affection pseudo-membraneuse est une inflammation parvenue à son *maximum* d'intensité, » quand il verra les médicamens les plus irritans, » les acides concentrés triompher d'une maladie » qu'aggravent les antiphlogistiques, ou du moins » contre laquelle ils sont impuissans. » Voilà une

phrase insidieuse. Si vous voulez faire apprentissage de sophistes, elle vous en fournira l'occasion. On prend d'abord la phlegmasie en général, sans faire de distinction; il faut la particulariser. Est-ce à l'extérieur du corps ou dans les embouchures des membranes muqueuses que vous voulez considérer les fausses membranes? Il est de fait qu'en ces régions on en arrête la formation au moyen des antiphlogistiques, et nous le faisons quelquefois. Par conséquent, je donne un démenti formel à l'assertion contraire. Ensuite il est faux qu'on puisse, avec les acides concentrés, empêcher aussi facilement qu'on le dit la formation des fausses membranes. Vous pouvez vous en assurer en lisant l'ouvrage de M. Bretonneau: vous y verrez des malades mourir par douzaines avec des fausses membranes qui se développent dans les bronches, dans les voies digestives, pendant qu'on applique les acides concentrés. Cette proposition est donc dénuée de fondement. D'ailleurs, les acides concentrés ne sont applicables à aucun viscère intérieur.

« Peut-on penser que la dysenterie est une en» térite suraiguë, quand on la voit céder rapide» ment à l'emploi des narcotiques? » Ceci n'est pas plus vrai: ils l'exaspèrent. D'ailleurs, dans le degré suraigu, la dysenterie est ordinairement accompagnée de gastro-entérite (fièvres jadis essentielles) : tous les monographes de dysenteries vous l'attestent. La dysenterie n'est pas une enté-

rite *suraiguë!* on a osé imprimer ces mots! Elle l'est très souvent, et tous les classiques en font foi. Or, jamais, dans aucune affection suraiguë, l'opium ne réussit; jamais aucun médecin honnête homme, qui fait cas de la vie de ses semblables, ne se permettra de traiter une dysenterie suraiguë par les narcotiques. Il faudrait avoir reculé bien au-delà de Pinel pour rayer la dysenterie des maladies inflammatoires, au nombre desquelles il l'avait rangée. Il ne peut donc s'agir que de la dysenterie qui a perdu son caractère inflammatoire, et à laquelle, aussi, nous appliquons l'opium. Mais nous faisons plus que ces hommes superficiels : nous réglons le régime pour ne point nous exposer à irriter l'endroit malade par des masses de matières fécales. Ils savent bien que telle est notre méthode; mais ils veulent soutenir une coterie et ne songent qu'à faire des dupes aux dépens de la vérité.

« Si la colique saturnine était liée à une phlo» gose des voies digestives, guérirait-elle aussi » promptement et aussi radicalement sous l'in» fluence des drastiques? » Nous ne disons pas qu'il faille toujours traiter cette maladie par des saignées; nous verrons qu'il y a des cas où il existe de l'inflammation, et d'autres où il n'en existe pas. Mais on veut faire entendre que nous n'avons qu'une vue et qu'un médicament à notre service. On veut, en définitive, renverser notre enseignement.

« Enfin, si nous arrivons aux maladies de l'es-

» tomac, nous ne serons pas étonnés que l'on ait » décrit sous le nom de *gastrite* une foule d'affec» tions variées, liées aux modifications les plus » diverses de la muqueuse gastrique, et que l'on » ait opposé une seule médication à des lésions que » l'observation nous avait appris à combattre par » les moyens les plus divers. » Voilà une phrase pour les gens du monde, une phrase qui ne précise rien. Qu'est-ce que c'est que ces *modifications les plus diverses*? Qu'entendez-vous par une *foule d'affections variées*? est-ce par centaines ou par milliers que vous les comptez?.. *Et que l'on ait opposé une seule médication à des lésions que l'observation nous avait appris à combattre par les moyens les plus divers.* Est-ce que nous avons prescrit une seule médication? Est-ce que nous n'avons pas rendu compte du succès que l'on obtient par l'emploi de tous les moyens? On donne à entendre qu'il y en a plus que nous n'en avons indiqué.... J'ai mentionné dans ce cours comme dans mes écrits les alimens forts, les boissons alcooliques, les amers, les narcotiques, les antispasmodiques, les purgatifs, les sudorifiques. Ce sont des substances qui vont irriter le canal intestinal, et nous avons indiqué les cas où ils réussissent, ceux où ils ne sont que palliatifs, et ceux où ils ne peuvent être supportés. Depuis long-temps nous ne cessons de faire ces distinctions : nous ne sommes donc pas restés dans une seule série de moyens.

« Nous n'avons jamais vu le traitement anti-

» phlogistique triompher aussi rapidement que » le tartre stibié de ce groupe de symptômes que » l'on a désigné sous le nom d'*embarras gastrique*, » et qui certainement ne traduit pas l'existence » d'une inflammation de l'estomac. » Vous n'avez jamais vu ! mais d'autres que vous ont vu le traitement antiphlogistique agir aussi rapidement que le tartre stibié. Pour ma part, j'ai employé l'un et l'autre, et, depuis vingt-sept ans que je traite une centaine de malades chaque jour, vous sentez que j'ai eu le temps de voir bien des embarras gastriques et de prescrire bien des émétiques. Je ne le fais plus maintenant, mais je le faisais autrefois : j'ai guéri par le tartre stibié des irritations gastriques qui n'étaient pas inflammatoires, mais qui pouvaient le devenir. J'en ai vu un plus grand nombre être exaspérées par ce moyen, et, après des centaines d'exemples, j'ai été forcé d'y renoncer. Je n'ai point dit qu'une irritation du canal intestinal ne pût céder aux stimulans. J'ai seulement soutenu qu'il n'y avait pas sécurité à attaquer le groupe de symptômes qu'on appelle embarras gastrique par les vomitifs, non seulement à cause du danger trop ordinaire d'aggraver la maladie, mais parce qu'il peut en résulter quelquefois des accidens subits, par exemple, quand les organes digestifs sont à la veille d'une perforation que l'émétique peut déterminer à l'instant, ou quand, une disposition à l'apoplexie existant, on fait se déclarer sur-le-champ l'hémorrhagie, etc., etc.

Vous voyez à quoi se réduisent toutes ces objections, toutes ces phrases calculées que l'on imprime contre nous. Ce sont des imputations fausses, des faits dénaturés, des assertions qui ne peuvent supporter la discussion. Et qui est-ce qui les émet? des personnes qui n'ont pas le degré de conscience et d'attention nécessaire pour se tenir au courant des progrès de la science, ou qui la défigurent pour flatter les intérêts de quelques coteries. Qu'il me suffise de vous en avoir une fois convaincus. Désormais, nous poursuivrons notre marche sans nous laisser détourner par ces vaines clameurs.

TRENTE-NEUVIÈME LEÇON.

6 février 1832.

—

Messieurs,

Nous avons vu les principales maladies du canal digestif, puisque nous avons vu ses inflammations. Les autres modes d'affections morbides de cette partie se présenteront à nous par la suite dans l'ordre que nous nous sommes imposé. J'ai cependant encore un mot à vous dire de la constipation.

De la constipation.

C'est la rétention des matières fécales. Il faut d'abord déterminer les cas où elle peut être rapportée aux maladies que nous avons décrites. Toutes les inflammations aiguës ou chroniques de la partie supérieure du canal digestif produisent la constipation, parce qu'elles ralentissent le mouvement péristaltique, et par conséquent la progression des matières vers l'extrémité inférieure. Ce fait se présente de lui-même. La constipation ne fournit donc point d'indica-

tions particulières dans l'état aigu : il suffit de combattre l'inflammation. Dans l'état chronique celle-ci étant également bornée à la région supérieure, à l'estomac et au duodénum, elle n'en fournit pas non plus, tant que celle des antiphlogistiques existe. Mais, ceux-ci ayant été poussés jusqu'où ils doivent l'être, si la constipation persiste, elle réclame des moyens particuliers. Indépendamment de cela, et en tout temps, quand il y a une trop grande accumulation de matières fécales dans le gros intestin, ces matières agissant comme corps étrangers, exigent qu'on s'en occupe.

Premièrement, pour les cas de gastrite et de duodénite chroniques produisant la constipation, on a recours, après les antiphlogistiques dûment employés, aux lavemens, et même aux purgatifs. Vous savez que quand une partie enflammée de notre corps a été dégorgée jusqu'à un certain point par les saignées locales et modifiée par les émolliens, elle peut supporter des irritans, particulièrement ceux qui sollicitent la sécrétion. La sécrétion, en effet, par l'évacuation qui en résulte, est un moyen de déplétion. C'est même ce qui a fait ranger par plusieurs écoles les purgatifs au nombre des antiphlogistiques. Je ne les proscris point ; mais je me plains de l'emploi prématuré qu'on en fait. Si l'on n'y avait recours qu'après la déplétion sanguine et la médication émolliente continuées suffisamment, on en re-

tirerait plus d'avantages. A cette condition, ils peuvent remédier avantageusement à la constipation.

Dans les affections chroniques du canal digestif, souvent le foie devient paresseux, ne sécrète plus, dégénère, comme le prouvent les ouvertures de cadavres. Vous avez, pour éteindre la duodénite qui en suspend l'action, les boissons aqueuses vers la fin de la digestion, le régime végétal, les lavemens émolliens; mais cela peut n'être pas suffisant : alors vous employez de temps en temps, mais non continuellement, soit par l'estomac, soit par le rectum, les purgatifs, en surveillant toujours le point irrité.

La constipation peut être produite par la phlegmasie chronique de la région iliaque ou de la fin de l'intestin grêle; elle peut dépendre d'un rétrécissement de la partie inférieure du gros intestin. Alors, si les antiphlogistiques et les purgatifs n'agissent pas assez, on a recours, quand cela est possible, aux moyens mécaniques.

La constipation peut dépendre d'une affection tout-à-fait inférieure du rectum, des hémorrhoïdes, etc. Dans ce cas, il est plus facile de la vaincre, parce que cette partie est à la portée des instrumens, et qu'on peut extraire les matières.

Quelquefois la constipation se rattache aux paralysies provenant des affections du rachis. Elle est alors consécutive. Ainsi, dans le traitement de la constipation, nous devons distinguer

celui de la maladie qui l'occasione, et le sien propre. Je crois qu'en général elle est une source d'abus des purgatifs, et qu'il est très important de subordonner l'emploi de ceux-ci à nos principes.

De l'hépatite.

L'histoire des inflammations de l'appareil d'assimilation comprenant celles de ses annexes, nous allons traiter de la phlegmasie du foie et de celle du pancréas, en commençant par la première.

Le foie a deux usages : celui de sécréter la bile, et celui d'être un dépôt de sang. Il tient en réserve, à la proximité des cavités droites du cœur, une masse de sang veineux, comme le poumon en tient une de sang artériel à la proximité des cavités gauches. Je ne concevrais pas que cela pût être autrement : car, s'il n'y avait eu qu'un courant ordinaire de sang arrivant au cœur, ce sang aurait pu manquer dans certaines circonstances, et la mort subite en aurait été le résultat.

Le foie, en tant qu'organe sécréteur, obéit aux stimulations qui se passent dans le canal digestif, et particulièrement dans l'estomac et le duodénum. Il reçoit aussi des influences de l'innervation et de la circulation; mais rarement ses maladies lui viennent d'ailleurs, à moins qu'elles ne soient traumatiques, ou par violences exté-

rieures. Vous verrez que, dans les maladies de la circulation, le foie est affecté avec le cœur. La stimulation du canal digestif et la pléthore sanguine sont les deux causes principales de ses maladies. Il s'enflamme surtout d'une manière aiguë sous l'influence des chaleurs atmosphériques et des alimens excitans et surabondans. Les courses précipitées favorisent cette inflammation, de même que l'état hypertrophyque du cœur. Voilà des causes évidentes. Il y en a d'autres moins faciles à concevoir, mais constantes pourtant : ce sont les lésions traumatiques de la tête, qui produisent souvent l'hépatite, moins souvent néanmoins qu'on ne le pensait autrefois, ce qui vient sans doute de ce que, aujourd'hui, nous combattons plus activement les inflammations. Il est certain du moins que les dépôts au foie, à la suite des plaies de tête, sont plus rares à Paris maintenant que jadis. La relation du cerveau avec le foie dans ce cas n'est pas suffisamment expliquée, et les inflammations du premier, consécutives aux lésions du second, ne sont pas d'ordinaire aperçues tout d'abord : on est attentif à la tête, et l'état du foie ne frappe que plus tard. La plupart du temps même on découvre à l'autopsie des dépôts du foie qu'on n'avait point soupçonnés.

L'hépatite indépendante de cette cause vient en été chez les personnes qui ont abusé des stimulans, et qui sont atteintes en même temps

d'une irritation du canal digestif. En voici les caractères : tuméfaction et sensibilité dans l'hypocondre droit ; sentiment de pesanteur et tiraillement dans cette région ; chaleur à la pression et à l'application de la main, mais surtout à la pression, parce que, en pressant, on sent mieux la chaleur ; le foie déborde les côtes asternales ; les douleurs se propagent quelquefois à l'épaule, au bras droit, et jusque dans la hanche de ce côté ; il y a une élévation générale de l'hypocondre ; si l'on déprime les muscles de cette region, ils résistent. Voilà pour les phénomènes locaux. Il y a de plus une influence marquée sur le canal digestif, une sensibilité à l'épigastre ; la langue est rouge à la pointe et aux bords. Les auteurs qui ont décrit cette maladie disent que la langue est limoneuse, recouverte d'un mucus épais, jaunâtre ou verdâtre à sa base : cela peut en effet s'observer, mais n'est pas constant. En général, il faut s'attacher aux phénomènes caractéristiques des maladies, parce que, si vous vous chargez la mémoire de tous les symptômes qui peuvent accompagner une lésion prédominante, vous serez souvent fort embarrassés de retrouver votre compte au lit des malades. Le nombre des symptômes est petit, croyez-le, pour chaque maladie. Mais on veut faire des tableaux pittoresques, et, en conséquence, on rassemble des symptômes sur une quarantaine ou une centaine de malades, pour

être, dit-on, plus exact. C'est de cette manière qu'on embrouille la pathologie.

Quand vous avez de la chaleur à la région du foie, de la tuméfaction, et que vous développez de la sensibilité par la pression au-dessous des côtes asternales, vous avez un engorgement inflammatoire du foie. La langue est toujours rouge quand le sujet est neuf et la maladie récente; mais, si vous avez affaire à un individu malade depuis long-temps, cette sympathie manque, quoique l'estomac soit toujours intéressé; la fréquence du pouls est unie au caractère phlegmoneux, le pouls est plein et arrondi; le malade éprouve des sensations pénibles, de la soif, un mauvais goût dans la bouche; il est constipé, parce qu'il y a presque toujours complication de duodénite, et que le mouvement péristaltique est arrêté; la bile qui est sécrétée régurgite dans l'estomac et s'y amasse; de là viennent cette sensation d'amertume et cet enduit de la langue qui s'observent quelquefois. Il ne faut pas mettre ces signes au nombre des plus essentiels. Les urines sont dans un état particulier, en petite quantité, par la raison que le malade boit peu, absorbe peu ou a des sueurs; elles sont foncées, presque noires, et, d'ordinaire, chargées de la partie colorante de la bile, comme dans l'ictère, lequel existe quelquefois consécutivement, mais n'est pas indispensable. On pourrait croire, si l'on considérait les

choses, comme on le dit, *a priori*, que quand il existe une inflammation du foie, il doit toujours y avoir ictère; mais ce serait une erreur.

Voici d'autres caractères accessoires : fréquemment le poumon droit participe à la congestion, ainsi que le rein; si le malade a tardé à se faire traiter, cette congestion peut devenir générale dans le côté droit du corps; si l'on ausculte, on entend du râle; si l'on percute, le son de la poitrine est moins clair, surtout à sa base, parce que le foie tuméfié remonte et occupe une partie de la place du poumon. Il peut y avoir une gastro-entérite assez étendue conjointement avec cet état, et elle sera caractérisée par un météorisme plus considérable que celui que produirait l'hépatite seule, car celle-ci n'en produit presque pas; il peut y avoir sensibilité des intestins, des vomissemens, de la douleur à l'épigastre; la péritonite peut survenir elle-même, parce qu'une inflammation en entraîne souvent une autre. Cette maladie (l'hépatite), moins commune qu'on ne l'a cru, parce que la gastro-entérite prédominante dans la région sous-hépatique était prise pour elle, peut, si elle n'est pas combattue, avoir les terminaisons suivantes :

1° La suppuration, qui peut être soupçonnée par une élévation plus considérable de la région du foie et une prolongation de l'état fébrile bien au-delà de quatorze à quinze jours; quelque-

fois on en acquiert la certitude par l'évacuation d'une grande quantité de pus avec les selles, ou bien, si l'inflammation se dirige vers le haut, par un abcès qui s'ouvre dans la poitrine et y forme un empyème. Dans ce cas, le poumon peut être lui-même enflammé, un abcès peut s'y développer et se perforer, de sorte que le pus du foie se fait jour par la bouche. D'autres fois le pus du foie vient faire saillie entre les côtes asternales droites, après avoir traversé la portion correspondante du parenchyme, de sorte que l'on sent là de la fluctuation, et, si l'on ouvre, le pus sort. Il est faux de dire que ce pus soit toujours couleur lie de vin : il est blanc et crémeux comme celui du phlegmon. C'est le détritus du foie ou son sang qui le colore, en s'y mêlant.

Dans d'autres cas, qui sont heureusement rares, le pus se fait jour dans le péritoine. Ils sont rares, parce que des adhérencés se forment ordinairement et empêchent l'abcès de s'ouvrir par cette voie.

L'abcès ouvert, il est possible que la maladie tende vers la guérison, le pus s'évacuant par une ouverture extérieure, ou se faisant jour par le canal digestif; la fièvre tombe alors, et le malade se rétablit. Cela est rare.

L'abcès s'étant formé sans qu'on ait pu en avoir la certitude, et les symptômes fébriles ayant persévéré, diverses chances sont possibles :

le malade peut mourir, mais ce ne sera pas par l'affection du foie; il faudra l'inflammation d'un organe principal (le foie n'est qu'un organe secondaire), l'explosion d'une gastro-entérite complète ou d'une péritonite, l'addition d'une péripneumonie ou de phénomènes cérébraux, etc. Si l'affection du foie reste seule, elle deviendra chronique ; l'individu vivra avec un foie gros, volumineux, pesant, de la fièvre, souvent avec un redoublement de frisson ; mais vous n'aurez pas de certitude qu'il s'est formé un abcès plutôt qu'une autre affection organique.

2° La résolution : c'est la terminaison la plus désirable ; elle est heureusement assez fréquente, attendu que le foie est un organe sécréteur, et qu'une voie est ouverte par le canal digestif aux humeurs qui l'ont engorgé. Le plus souvent, après une saignée qui a été pratiquée convenablement, il survient un dégorgement de cette manière, et l'hépatite se termine.

Quand un malade succombe à une hépatite aiguë, vous trouvez une inflammation dans le foie, avec un abcès qui est ouvert ou enveloppé par un kyste; mais ne trouvez-vous que cela? Il y a en même temps ou une duodénite, ou une gastrite, ou une entérite; il y a, surtout en hiver, une péripneumonie; en un mot, il y a les traces des grandes phlegmasies : le foie est inondé de sang, ramolli, diffluent dans les endroits les plus anciennement affectés; vous y trouvez des foyers

enkystés, des trajets noirâtres, fétides, et quelquefois des points gangréneux.

Le pronostic va se poser de lui-même. Si l'hépatite est simple, et qu'aucun viscère n'ait été malade antérieurement, elle cède, en général, assez facilement. Si elle est déjà ancienne et compliquée de l'inflammation des organes voisins, le cas est beaucoup plus grave, surtout si les smptômes de gastrite et de gastro-entérite sont intenses et déjà typhoïdes. Mais on ne peut mettre cela sur le compte de l'hépatite ; on ne doit en accuser que l'inflammation, dont les limites ne peuvent être détérminées par le titre d'un chapitre de pathologie. Ainsi le danger sera en raison de la part que prendront à l'inflammation les principaux instrumens de la vie, qui sont le canal digestif, le cœur, le poumon, le cerveau et la moelle rachidienne; et alors vous aurez les signes qui appartiennent aux inflammations de ces organes. Si vous remarquez que les accidens se développent malgré l'emploi des antiphlogistiques, c'est que la maladie aura fait trop de progrès avant de vous avoir été soumise. Mais, je le répète, les hépatites sont très rares, surtout les hépatites mortelles : il m'est passé des milliers de malades par les mains, et je n'ai pas vu d'hépatites simples qui soient devenues mortelles : quand j'ai pu les traiter dans le commencement, je les ai toujours arrêtées avec la plus grande facilité.

Le traitement de cette affection est essentiel-

lement antiphlogistique. On conseille surtout les saignées générales, qui sont certes fort convenables quand l'hépatite se déclare chez un sujet rempli de sang, et chez lequel l'accélération de la circulation peut produire des inflammations dans la poitrine ou dans la tête; mais, ce cas excepté, elles sont très inférieures en résultats aux saignées locales. Il n'est presque pas d'hépatites que l'on n'enlève avec quarante à cinquante sangsues chez les adultes, et l'on ne voit guère cette affection que chez eux. Quand il s'en présente une à moi dans un semestre, je suis content de pouvoir l'offrir comme exemple à mes élèves. J'en ai enlevé une l'année dernière en deux jours. Mais il ne faut pas prendre la gastro-duodénite, l'entérite avec prédominance d'irritation dans la région duodénale, avec tuméfaction consécutive du foie, pour l'hépatite. C'est ainsi qu'on s'est imaginé qu'il devait y avoir une hépatite dans la fièvre jaune; erreur : il y a au contraire une sécrétion tellement abondante de la bile, ainsi que de tous les fluides du canal digestif, dans cette maladie, qui n'est point une maladie à phlegmons, que l'hépatite ne peut se former.

On a été d'avis que les vomitifs devaient être employés immédiatement après les saignées, ou même sans cela, dans les hépatites. J'avoue que j'ai quelque temps partagé cette opinion, et que j'ai obtenu par l'émétique une véritable amélioration; mais j'ai rencontré des sujets qui

ne pouvaient le supporter, et la raison m'en a paru être dans une irritabilité du canal digestif, variable suivant les individus, et existant surtout chez ceux qui étaient atteints précédemment de duodénite chronique; de sorte que j'ai mis l'émétique en sous-ordre, et subordonné son emploi à l'état du canal digestif. Depuis lors je n'ai pas eu occasion de m'en servir, parce que les hépatites que j'ai traitées ont cédé aux évacuations sanguines ordinaires et aux adoucissans. Du reste, vous en ferez ce que vous voudrez. Je vous conseille toutefois, si vous tenez à employer ce moyen, de faire attention à ce qu'il n'y ait pas de symptômes de gastrite ni de duodénite prédominans, et d'en observer avec soin les effets : si la maladie s'exaspère, si la langue se sèche, si elle rougit, vous corrigerez cela par l'application des sangsues à l'épigastre et par les émolliens. J'en dirai autant pour les inflammations de la poitrine. La médecine n'est pas si mystérieuse ni si en l'air qu'on affecte de le dire : elle est simple comme la nature, dont elle ne doit être que l'interprète; mais cela seul dit assez qu'elle n'est pas non plus toujours si facile quant à l'appropriation des modificateurs : en effet, savoir stimuler pour obtenir des sécrétions, relever les forces, sans surirriter le lieu irrité, nourrir sans augmenter le mal, révulser dans le moment opportun, est chose souvent bien difficile,

et c'est là ce qui constitue en grande partie le médecin. On apprend cela dans une bonne pratique, et non en s'alambiquant l'esprit pour trouver des élémens morbides. Je connais un artiste vétérinaire qui applique la médecine physiologique aux animaux et qui s'en trouve fort bien; il ne va pas chercher loin ce qu'il a à dire ou à faire. Dernièrement, mon cheval toussait : je fis venir cet artiste, qui prescrivit de le saigner, parce que, bien que la muqueuse fût pâle, ou précisément à cause de cela, le sang, disait-il, était accumulé dans la poitrine et le bas-ventre, et pouvait donner lieu à une phlegmasie. Il est certain, au fait, que la plupart des maladies des chevaux, en hiver, proviennent d'un refoulement du sang à l'intérieur. Ce vétérinaire a certainement plus de science véritable que bien des médecins renommés; il l'a prouvé d'ailleurs par un ouvrage fort important de pathologie vétérinaire qu'il a publié. (*Élémens de pathologie vétérinaire*, par Vatel, professeur à l'école d'Alfort.)

Dégorgez à temps les organes enflammés, ne laissez pas faire à la maladie des progrès, sous prétexte que votre groupe de symptômes n'est pas complet ; arrêtez l'inflammation dès le commencement, partout où elle se montre, et faites de ce principe général une application à l'hépatite aiguë.

Pour celle qui est traumatique ou consécutive

aux plaies de tête, je ne puis vous répéter que la même chose. Si, en traitant la blessure de la tête, vous sentez quelque chose dans l'hypocondre droit, faites vos émissions sanguines locales dans cette région, au lieu de perdre votre temps à donner de l'émétique en lavage parce qu'il survient des vomissemens; agissez sur l'estomac, et continuez toujours de surveiller l'état de la tête. C'est une excellente pratique, quand le danger de l'encéphalite existe, que d'y entretenir un écoulement continu de sang par des applications successives de sangsues. Vous parvenez ainsi à vaincre complètement l'effort congestif, et à prévenir toute conséquence fâcheuse.

Il n'est pas impossible qu'un abcès enkysté s'étant formé dans le foie, l'inflammation se calme et le malade guérisse. L'anatomie pathologique vous apprend qu'un kyste ainsi formé et ne s'ouvrant d'aucun côté peut se resserrer par la résorption du pus qu'il renferme, et disparaître, le kyste laissant une cicatrice plus ou moins dure, etc. Cela peut se voir, non seulement dans le foie, mais encore dans le cerveau et le poumon, en un mot dans tous les organes, quand le travail de la nature prend une bonne direction et n'est pas interrompu. Ainsi, lors même que l'hépatite, après avoir été traitée convenablement dans l'état aigu, serait suivie d'un état chronique avec suppuration, je ne vois pas qu'il dût y avoir de médication particulière à employer : il fau-

drait persévérer dans le régime doux et émollient, entretenir la liberté du ventre, solliciter doucement et de temps en temps la sécrétion du foie au moyen de quelques purgatifs, car, après le traitement antiphlogistique, le canal digestif les supporte, et attendre. Mais, me direz-vous, quand il reste une induration avec sensibilité dans l'hypocondre à la suite de l'état aigu, est-ce qu'on ne ferait pas bien de pratiquer des frictions mercurielles pour faciliter le dégorgement du foie? Cela est assez délicat. J'ai aussi employé les frictions mercurielles dans les hépatites chroniques, et je ne les ai pas vues opérer des merveilles. Il y a le plus souvent une disposition à l'inflammation du duodénum, qui est extrêmement tenace et qui rend la mercurialisation assez dangereuse, parce qu'elle renouvelle la congestion. Pour l'employer, il faut qu'il n'y ait pas d'état fébrile et qu'on ait la certitude qu'il n'existe ni gastrite, ni duodénite prononcées. Dans ce cas, quelques frictions mercurielles peuvent être utiles, et le calomel lui-même peut être donné à l'intérieur. On a également conseillé les préparations purgatives dans les circonstances où le foie reste gros, tendu, inerte, etc. Sur cela, je vous répèterai à peu près ce que je vous ai déjà dit : je crains les purgatifs ; ce n'est point par prévention, mais j'ai vu que, donnés d'une manière soutenue, à titre de fondans, ils reproduisent la duodénite. On ne peut tout au plus

en user que par intervalles, seulement pour entretenir la liberté du ventre. J'ai renoncé entièrement à toute autre pratique. Peut-être ferez-vous de même, quand l'expérience vous aura instruits ; mais je désire que mes conseils vous abrègent le temps des leçons qu'elle doit vous donner. Ainsi, pour mon compte, je pense qu'il est plus sûr de s'en tenir au régime doux, émollient, approprié à la susceptibilité de l'estomac, et qu'ensuite, si vous voulez dégorger, il faut le faire au moyen de cautères et de moxas multipliés sur la région du foie, de préférence aux purgatifs et aux mercuriaux.

Je suis de même opinion en ce qui regarde les hépatites chroniques contractées dans les pays chauds. Souvent on me consulte pour des personnes qui sont dans ce cas, surtout pour des Anglais, parce qu'ils sont traités, pour toutes leurs affections où le foie est soupçonné coupable, par les purgatifs, surtout les mercuriaux, les pillules bleues, le jalap, le diagrède, etc. Ces moyens évacuent d'abord et donnent de l'appétit. Le foie se dégonfle momentanément ; plus tard il redevient gonflé, se durcit, et l'hépatite s'aggrave. On recommence les purgatifs une seconde fois, puis une troisième, et une autre, et une autre. Mais ce traitement n'est jamais que palliatif. Pour moi, je défends à ces malades les alimens substantiels qu'on leur permet ordinairement, je les mets au régime vé-

gétal; quand il existe du gonflement, j'applique quelques sangsues à la région du foie, je cherche à obtenir la liberté du ventre par le régime seul; j'ordonne le repos, c'est-à-dire que je défends de s'exercer activement, car le malade peut prendre de l'exercice à cheval ou en voiture, et il doit même le faire si les circonstances le lui permettent. Je vous ai dit que l'exercice actif et les marches précipitées ne valent rien, parce qu'ils accumulent le sang dans le foie, qui ne peut s'en décharger assez promptement et en souffre beaucoup quand il est enflammé chroniquement et engorgé. Ceci est à ne jamais oublier, pour régler sagement l'exercice.

Si vous voulez apprécier le véritable état du foie dans l'hépatite chronique, voici quelques données qui peuvent vous l'indiquer : s'il se dégorge de temps en temps par les moyens que vous mettez en usage, il est probable qu'il n'existe pas d'altération organique; s'il reste avec des engorgemens fixes, tendus, volumineux, il est probable au contraire qu'il y a une altération chronique de texture. Mais quelle est-elle ? Cela est difficile à déterminer. Ce peut être un kyste ; ce kyste peut contenir des hydatides ou d'autres productions dont vous trouverez le détail dans les ouvrages d'anatomie pathologique, mais surtout dans le traité des maladies du foie de M. Portal : vous y verrez des altérations prodigieuses, des

concrétions biliaires, qui quelquefois se moulent sur les canaux et représentent des branches de corail, des états squirrheux, lardacés, encéphaloïdes, et surtout des hydatides qu'on ne comprend pas bien. Mais il faudrait remonter à la source de ces altérations. Je dis que les irritations du foie mal traitées en sont les principales causes; mais je ne prétends pas qu'elles en soient les causes uniques : il est possible qu'à force de rapprochemens nous finissions par en découvrir d'autres. Un petit point d'irritation développé dans le foie peut produire un kyste et entraîner ensuite des altérations considérables. Les kystes se forment ordinairement autour de ce qui fait corps étranger, autour des épanchemens et des extravasations : un suintement se fait, s'organise en fausse membrane, et devient sac ou enveloppe kysteuse. Ces altérations sont particulièrement propres au foie.

Quant au traitement de ces affections organiques, de ces squirrhes, de ces tuméfactions persistantes, il y a un principe fondamental que le bon sens de personne ne récusera : c'est de ne jamais produire de maladie plus grave que celle qu'on veut guérir. Si vous vous apercevez que les moyens destinés à résoudre ces squirrhes sont nuisibles, il faut y renoncer. Ils sont nuisibles en produisant une gastrite ou une duodénite, et en conduisant aux conséquences de ces maladies. Vous devez vous estimer heu-

reux de savoir cela; les anciens l'ignoraient. Van-Swiéten paraît l'avoir soupçonné, puisqu'il disait que les drogues étaient nuisibles, et qu'il s'en tenait aux sucs végétaux, surtout au gramen. Il cite des personnes qui ont guéri en mangeant du chiendent, un malheureux entre autres, qui se connaissait en pâturages, et qui allait dans les prairies se repaître avec les herbivores Cet individu avait une tumeur au foie, dont il se guérit ainsi. Vous me direz que peut-être il n'avait pas d'hydatides, je ne sais; mais Van-Swiéten le pense. Ainsi, dans ce cas, le mieux est de nourrir doucement le malade pour ne point le ramener à l'état inflammatoire, d'entretenir la liberté du ventre, et, si vous voulez tenter la révulsion par les cautères, les moxas, les frictions mercurielles, etc., de graduer la stimulation, de manière à ne pas porter l'irritation dans les organes. De cette manière vous serez sûrs au moins de ne pas nuire: *Primò non nocere.*

QUARANTIÈME LEÇON.

8 février 1832.

—

MESSIEURS,

L'hépatite, dans ses nuances aiguë et chronique, nous a occupés dans la précédente séance, et nous y avons compris les altérations qui surviennent dans le foie. Le motif de cette adjonction est que nous traitons des lésions d'irritation, et que, bien que ces altérations organiques ne paraissent pas toujours remonter à cette cause, au moins est-il que, lorsqu'elles se sont élevées à un certain degré, elles causent de l'irritation, tourmentent le système nerveux, produisent des congestions, en un mot, donnent lieu à des symptômes qui exigent les mêmes moyens curatifs que les maladies d'origine phlegmasique. En tout état de choses, l'irritation doit être le guide du médecin pour le diagnostic et le traitement.

Nous allons maintenant vous entretenir de

l'un des effets particuliers des maladies du foie, de la jaunisse ou de l'ictère, de même que nous vous avons entretenus de la constipation comme effet des maladies du canal digestif.

De la jaunisse ou de l'ictère.

La jaunisse se rattache aux maladies du foie en général, mais non exclusivement à son inflammation, parce que celle-ci, quoiqu'elle la produise très fréquemment, ne la détermine pas toujours et n'en est pas la seule cause. Elle se caractérise par une couleur jaune des conjonctives d'abord, et de la peau ensuite, par des selles blanches, entièrement décolorées, difficiles, pénibles, à cause de la suppression de la bile qui est une sorte de purgatif naturel, par des urines au contraire colorées en jaune, teintes de bile. Chez les sujets morts en état de jaunisse on trouve cette couleur jaune dans tous les tissus, jusque dans les os et le cerveau. Elle est moins prononcée, il est vrai, dans ce dernier organe; mais on l'y distingue.

Cette déviation de la bile reconnaît diverses causes, en tête desquelles nous placerons les maladies que nous connaissons déjà, les inflammations du canal digestif et du foie. Nous dirons même que la duodénite produit plus souvent l'ictère que l'hépatite elle-même ; en effet, quand l'inflammation occupe la région supé-

rieure ou convexe du foie, la substance profonde de son parenchyme, et qu'elle n'est pas voisine des canaux biliaires, elle peut être portée à un haut degré, et même jusqu'à la suppuration, sans qu'il y ait jaunisse; mais, quand elle règne spécialement à la région inférieure ou concave, aux environs de la vésicule du fiel ou dans cette vésicule elle-même, les conduits excréteurs sont souvent obstrués, et la jaunisse survient.

L'inflammation du duodénum produit deux effets différens : dans une certaine nuance elle augmente la sécrétion de la bile et la fait pleuvoir dans le canal intestinal; dans une nuance plus avancée, ou moins avancée, car il n'y a rien de positif à ce sujet, elle supprime la sécrétion ou l'écoulement de la bile, soit par la constriction de l'ouverture par laquelle le canal cholédoque s'ouvre dans le duodénum, soit par un effet sympathique : toujours est-il qu'une certaine nuance de duodénite produit la jaunisse, empêche la bile de descendre dans les intestins, sans l'empêcher d'être sécrétée, et quelquefois même en augmentant sa sécrétion. Les simples douleurs du pylore et du duodénum, qui sont vives, occasionent souvent cette jaunisse en un instant. J'ai traité des personnes sujettes à des coliques hépatiques, qui n'étaient pas jaunes quand ces coliques les prenaient, et qui, un moment après, le devenaient sur toute la peau. J'ai vu un cas dans lequel la maladie se bornait à

la région hépatique, qu'une tache jaune recouvrait. J'en ai vu d'autres où la couleur jaune partait de ce point pour se répandre sur toutes les parties du corps. Je crois qu'il y avait alors un genre de stimulation qui produisait la constriction des canaux, quoiqu'elle fût de nature à augmenter la sécrétion biliaire, et que la bile était déviée de sa route naturelle. La jaunisse dépend quelquefois de concrétions qui se sont formées dans les canaux cystique, hépatique ou cholédoque; mais ces concrétions sont rarement primitives et ne se forment guère spontanément: presque toujours des irritations qui ont duré un certain temps dans des nuances peu intenses, ou des causes perturbatrices qui ont régné dans le duodénum autour des canaux hépato-cystiques, ont dérangé les proportions des principes constitutifs de la bile. Arrivées à un certain degré, ces concrétions agissent comme corps étrangers, et font obstacle à la descente de la bile.

L'ictère peut aussi dépendre d'affections morales, surtout des chagrins et de la colère : un violent accès de colère, un chagrin subit, une mauvaise nouvelle, le déterminent souvent. Le moment de sa formation est quelquefois accompagné de douleurs gastralgiques, c'est-à-dire d'une sorte de colique ou de constriction spasmodique du duodénum et de l'estomac, qui est capable de produire la jaunisse *actu ipso.*

D'autres fois les mêmes causes déterminent une jaunisse sans douleurs, soit immédiatement, soit deux ou trois jours après leur action. Ces sortes d'invasions s'observent surtout chez les personnes qu'on appelle bilieuses, qui ont les voies gastriques irritables et chez lesquelles l'irritation se porte de préférence vers le foie. En général, quand une cause morale agit, elle produit une commotion ou un ébranlement qui se propage des centres dans tout l'arbre nerveux, et les endroits les plus sensibles se ressentent de cette commotion : si c'est le cœur, il est violemment ému ; si c'est l'estomac, il peut s'enflammer; si ce sont des articulations sujettes à la goutte, cette affection se renouvelle, etc. Je vous dis cela afin que vous ne vous payiez pas de vains mots, que vous n'entendiez pas par affections morales des choses non matérielles, et que vous ne considériez pas les maladies qui en résultent comme purement nerveuses et différentes des autres. Dans la détermination des causes, quelles qu'elles soient, il faut toujours s'informer de l'état antérieur des malades. En voilà une, comme vous voyez, qui peut produire ou une gastrite, ou une duodénite, ou la jaunisse, ou la goutte, selon ce qui préexiste chez l'individu qui en souffre.

La jaunisse peut être encore déterminée par ce qui fait obstacle à la descente des matières et de la bile dans le canal intestinal, par des con-

strictions résultant de certaines entérites supérieures, par des rétrécissemens du colon, soit dans sa portion droite, soit dans son arc, soit dans sa partie inférieure; s'il survient une stimulation qui tende à augmenter la sécrétion de la bile, elle sera résorbée par la squirrhasité des glandes voisines, par celle du pancréas, par toute tumeur du voisinage, etc. Ces causes ne produisent pas constamment la jaunisse : on peut avoir long-temps un obstacle à la sortie de la bile sans devenir ictérique; mais on peut aussi le devenir.

Telles sont les principales causes de la jaunisse; à laquelle on peut encore en concevoir d'autres; par exemple, l'impression subite du froid, qui peut produire le vice de distribution de la bile, comme celui de tout autre fluide. Il n'est point, en général, de genre de perturbation irritative, de déviation de la circulation capillaire, d'extravasation que ne puisse produire le froid, de même que les affections morales. Les violentes commotions du corps, les blessures de la tête, peuvent déterminer la jaunisse, comme elles déterminent l'hépatite. Presque toujours même il y a un trouble dans la sécrétion biliaire à la suite des commotions et des plaies de tête. Cela peut aboutir à une gastro-duodénite, ou à une duodénite latente, ou à une hépatite, ou simplement à une jaunisse. Toutes ces altérations sont parentes; elles rentrent dans la série des irritations, et peuvent être l'effet de toutes

les perturbations nerveuses. Si l'on voulait dire pourquoi l'une a plutôt lieu que l'autre, on serait fort embarrassé. Néanmoins, il faut espérer qu'avec le temps on acquerra ce genre de lumières.

Quelquefois vous voyez la jaunisse être la suite d'une évacuation copieuse provoquée par les vomitifs ou les purgatifs. J'ai vu des personnes qui se croyaient menacées de jaunisse, rendre de la bile après avoir pris un de ces évacuans, et conserver ensuite une irritation, une constriction du duodénum, qui produisait la maladie. Mais cela n'arrive pas toujours, et l'on ne peut affirmer en médecine qu'une caûse produise constamment les mêmes effets.

Vous savez que la jaunisse s'associe aussi aux maladies fébriles violentes, par exemple, à la fièvre ou au typhus des pays chauds, qu'on appelle fièvre jaune. La couleur jaune de la peau, dans ce cas, a été, il est vrai, attribuée à une extravasation sous-cutanée du sang, qui se trouve mêlé dans certaines proportions avec la matière séreuse; mais il est certain qu'il y a jaunisse dans la majeure partie des cas. Au reste, cette cause rentre dans celles que j'ai indiquées : elle ne paraît que comme effet de la gastrite et de la gastro-entérite. Pendant les étés que j'ai passés dans le midi de l'Europe, en Italie et en Espagne, j'ai souvent rencontré des exemples de gastro-entérites violentes, avec jaunisse. Chez

les malades qui ont succombé, j'ai rencontré quelquefois une affection chronique du foie, un squirrhe de cet organe; mais le plus souvent je n'ai rien trouvé que la gastro-entérite.

Ne quittons point ce sujet sans faire une réflexion. On a quelquefois la jaunisse dans la fièvre jaune, quoique l'on ait beaucoup vomi: il n'est donc pas étonnant que l'on puisse observer la jaunisse à la suite d'un vomissement provoqué à dessein. Toute irritation violente qui porte son action sur l'estomac, sur le duodénum ou sur le foie, peut déterminer la jaunisse, et il ne faut pas tenir à l'une de ces causes plutôt qu'à l'autre.

L'ictère, comme vous voyez, est une maladie assez commune et peu difficile à expliquer. Pour se faire une idée de sa marche, il y a à considérer deux choses: l'effet de l'extravasation de la bile et le résultat de la cause de cette déviation. L'effet de l'extravasation est un état de malaise, de démangeaison excessive de la peau, une agitation, une inquiétude, des éruptions anomales, jaunâtres, rougeâtres. Dernièrement, en donnant des soins à un malade qui avait une flegmasie des testicules avec hydrocèle, je fus obligé d'employer un traitement antiphlogistique assez sévère, auquel je fus encouragé par les bons effets qu'il produisait. Je saignai le malade, et je le mis à un régime végétal, qui différait entièrement de celui qu'il

suivait précédemment. Ces deux causes, l'évacuation du sang et la suppression des alimens forts, donnèrent lieu à une jaunisse intense et générale, qui s'accompagna de démangeaisons horribles. Elle n'eut pas du reste de conséquence : un purgatif suffit pour rétablir le cours de la bile.

J'ai vu quelquefois les douleurs produites par l'introduction de sondes dans le canal de l'urètre, pour le dilater, produire la jaunisse. Le cathétérisme seul peut la déterminer. Les pertes abondantes de sang la produisent aussi quelquefois. La bile se dévie alors et passe dans le sang, comme on le dit vulgairement, non seulement sa matière colorante, mais tous ses principes constituans. Les urines sont brûlantes et déposent un sédiment épais, brunâtre, qui contient beaucoup de matières animales, de l'urée et la partie colorante de la bile; il y a constipation. Si, avec cela, il n'existe pas de phlegmasie ni d'altération organique, la jaunisse est fort peu de chose et n'entraîne aucun danger Il faudrait qu'elle durât long-temps pour que la présence de la bile dans les humeurs, dans les tissus, dans les produits des autres sécrétions, fût préjudiciable. Toutes les sécrétions, au surplus, n'en portent pas des traces: on ne la voit que quelquefois dans les crachats et dans les sueurs; je ne sais si elle se trouve dans le sperme. Nous disions, il n'y a qu'un instant,

que la matière cérébrale ne s'en imprègne que faiblement. En général, la matière colorante de la bile épargne les organes les plus délicats, les principaux instrumens de la vie, tels que le cerveau. Mais il y en a peut-être dans sa substance grise ; je n'ai pu l'y constater, faute d'occasions assez fréquentes.

Quand, au contraire, il y a avec la déviation de la bile des causes organiques ou inflammatoires, le danger est en raison de ces causes et non de l'ictère. Le plus souvent la jaunisse se manifeste au printemps et en hiver, et a lieu avec une légère duodénite. C'est la jaunisse la plus commune. Elle n'est accompagnée d'aucun accident, si on la traite convenablement. Quand la jaunisse dure long-temps, l'habitude d'excrétion de la bile se perdant, il serait possible que les canaux biliaires s'oblitérassent en partie, que le foie dégénérât, qu'il cessât de sécréter de la véritable bile, qu'en un mot les altérations dont je vous ai parlé, en traitant de la duodénite et de la gastro-entérite, se manifestassent; mais il est bien rare que cela puisse être attribué à la déviation de la bile : c'est presque toujours à la cause de cette déviation qu'il faut s'en prendre, quand cette cause est intense, tenace, et qu'elle n'a pas été attaquée en temps opportun et d'une manière convenable. Une absence prolongée de bile dans le tube digestif, lui fait perdre son action, affaiblit l'hématose,

dispose à la leuco-phlegmasie, à l'œdème, à l'ascite, et amène une asthénie mortelle.

Le traitement doit être en raison de la cause de la maladie et des accidens qui se manifestent. Reportons-nous donc aux questions précédentes. La jaunisse est-elle l'effet d'une inflammation, combattez cette inflammation, et l'une disparaîtra avec l'autre. Comme elle est souvent dépendante d'une légère pyloro-duodénite, placez quelques sangsues à la région du foie, donnez des boissons émollientes, adoucissantes, et ces deux maladies cesseront en même temps.

La jaunisse est-elle l'effet d'une inflammation plus grave, il faut détourner pendant quelque temps son attention de celle-là, et ne traiter que celle-ci. Ensuite, si, la maladie principale étant guérie, la bile ne reprend pas son cours naturel, on le rétablit par les moyens particuliers que nous avons reconnus être propres à la rappeler dans le canal digestif.

La jaunisse est-elle l'effet de la stagnation des matières ou de la constipation prolongée, telle qu'on l'observe, par exemple, chez les nouveau-nés qui n'évacuent pas promptement leur méconium, avisez aux moyens qui conviennent pour évacuer ces matières ou ce méconium, aux lavemens, aux doux laxatifs, aux purgatifs même, en soumettant leur emploi aux règles précédemment énoncées.

Cet ictère des nouveau-nés, qui se présente

ici à nous, dépend ordinairement de l'irritation et de l'état spasmodique que le méconium produit dans le système hépato-gastrique ; mais, en outre, les enfans naissans sont, comme les adultes, sujets à des duodénites, à des gastrites, à des hépatites, et cette considération ne doit point être oubliée dans leur traitement.

La jaunisse est-elle le résultat d'une affection morale, sans autre dérangement que la déviation de la bile, usez des moyens propres à faire reprendre à celle-ci sa voie naturelle. S'il existe une autre perturbation, diagnostiquez-la, et si elle mérite un traitement particulier, appliquez-le-lui.

Lorsque la jaunisse est l'effet d'une perte de sang, elle se dissipe ordinairement par le rétablissement de l'hématose. Néanmoins, s'il n'y a pas de raisons qui s'opposent à ce qu'on rappelle la bile vers la surface intestinale, on doit le faire.

Quand la jaunisse tient à des attaques de coliques hépatiques, qu'elle disparaît avec ces coliques dans l'espace de sept à huit jours, pour revenir ensuite, il y a plus de complication. Il faut penser qu'il existe ou des calculs retenus dans les voies biliaires, ou une irritation duodénale, ou duodéno-hépatique, qui n'a pas été complètement dissipée. Il est très possible aussi qu'une semblable irritation, qui allait cesser, soit tout-à-coup reproduite avec plus de violence par

une stimulation intempestive, telle que celle des alimens, ou une cause morale. Il faut donc d'abord rechercher la cause de ces coliques. Le médecin doit toujours avoir les yeux sur les modificateurs, et promener ses regards autour de son malade pour écarter ceux qui peuvent lui nuire.

C'est ici le lieu de parler de la cystite biliaire, ou de l'inflammation de la vésicule du fiel, associée à la présence des calculs. Ces calculs ne se forment guère que chez les personnes qui ont eu des irritations dans la région hépatocystique. Elles vivent avec ces calculs, parce que, quand un point d'irritation n'est pas trop étendu, on le supporte long-temps; on attribue les indispositions qui en proviennent à d'autres causes, et on les traite par des excitans. Telle est la vie des hommes : dans l'état de santé, ils se consolent de leurs maux par des excitans; ceux qui n'ont pas les moyens de se procurer des jouissances qui coûtent cher se consolent avec un verre de vin ou d'eau-de-vie, et oublient ainsi leurs souffrances morales et physiques. Il peut donc arriver que, certaines causes intervenant, l'irritation se fixe dans la vésicule du fiel et s'y prolonge. Alors il existe une tumeur dans la région occupée par ce petit organe, et il y a en même temps suspension de la sécrétion biliaire. Néanmoins, cette suspension n'est pas de rigueur : il peut arriver que la bile coule encore

dans le canal intestinal, si le spasme de la vésicule n'est pas partagé par les canaux hépatiques. Les douleurs sont ordinairement ressenties à la vésicule du fiel ; mais il ne faut pas croire que cela soit constant : il est des cas où elles le sont du côté opposé. Ce phénomène sympathique peut s'observer d'ailleurs dans toutes les phlegmasies des organes pairs. La vésicule du fiel, il est vrai, n'est pas paire; mais les nerfs qui lui viennent le sont, et les douleurs d'un hypocondre peuvent par leur moyen se faire ressentir dans l'hypocondre opposé. Voilà pourquoi il faut palper le malade : si vous trouvez de la rénitence dans l'hypocondre droit, si le sujet a eu plusieurs altérations de sécrétion biliaire, s'il a eu des vomissemens bilieux, des selles blanches, des attaques de coliques partant d'un hypocondre et se dirigeant vers l'autre, *et vice versâ*, vous avez la probabilité qu'il y a une cystite biliaire chronique. S'il n'y a qu'un calcul, il est presque impossible de le diagnostiquer; s'il y en a plusieurs formant volume, vous avez le moyen de la percussion pour en déterminer l'existence. Mais il reste toujours à vérifier si le son particulier que vous observez n'est pas dû à une autre cause; cela exige une foule de rapprochemens dont le médecin physiologiste est seul capable, et l'on est médecin physiologiste toutes les fois que l'on porte l'analyse dans les fonctions pour découvrir l'organe ou les organes malades.

Quand la cystite est assez prononcée pour produire la fièvre, le frisson et d'autres symptômes qui dépendent d'une phlegmasie partielle devenue intense, il faut employer le traitement antiphlogistique et ensuite les moyens qui sont propres à rappeler la bile dans ses limites naturelles. Faudrait-il, dans le cas où vous soupçonneriez l'existence de quelques calculs dans la vésicule du fiel, employer des moyens particuliers pour en provoquer l'expulsion? Cette question est délicate: sa solution est subordonnée à l'état de la membrane muqueuse du canal digestif. Si cette membrane est malade, vous pouvez faire beaucoup de mal avec vos moyens expulsifs; si même elle ne l'est pas, vous ne pouvez en user que dans une certaine mesure; car, avant d'avoir obtenu la sortie d'aucun calcul, vous pouvez causer des désordres que vous réparerez ensuite difficilement. On peut dire cela en général de toutes les médications stimulantes exercées sur le canal digestif, de l'émétique, par exemple, que l'on administre dans les affections de poitrine. Je prends à témoin les personnes qui m'entourent dans mes visites, ou comme approbateurs ou comme censeurs, pour attester la manière dont ce médicament irritant agit sur les organes digestifs. Si vous croyez pouvoir, vu le peu d'irritabilité de ces organes, employer quelque moyen propre à l'évacuer, moyen puisé dans les vomitifs tels que l'émétique, l'ipécacuanha,

et surtout la potion de Durande, qui est composée d'éther sulfurique et d'essence de térébenthine, il ne faut pas trop insister sur ce moyen, qui finirait par surirriter le canal digestif et faire plus de mal que de bien. Il faut, dans ce cas, calculer le pour et le contre, et ne pas juger une thérapeutique sur quelques faits isolés ou sur des guérisons qui ne peuvent être que momentanées.

S'il survenait un phlegmon et un abcès, vous auriez pour ressource la méthode antiphlogistique, telle qu'on l'oppose à tous les phlegmons. On sait qu'un habile chirurgien a ouvert la vésicule du fiel pour en retirer un calcul : d'autres chirurgiens ont voulu l'imiter, et ont donné des péritonites à leurs malades. Ce qui doit rassurer sur les conséquences de la cystite et des calculs biliaires, c'est que, quand l'irritation a été éteinte dans la vésicule du fiel, au moyen des antiphlogistiques, on peut supporter long-temps ces calculs. J'ai eu ma possession une vésicule du fiel qui a appartenu à un homme de cent huit ans, et qui était remplie par trois énormes calculs aplatis du côté où ils se touchaient, et sur lesquels la vésicule était si intimement appliquée, qu'il était facile de voir que depuis quarante à cinquante ans cet organe ne prenait aucune part à la digestion. En effet, la nature peut se passer de certains organes qu'elle nous donne par une sorte de luxe: la bile hépatique peut suffire à la digestion, si

celle de la vésicule vient à manquer. Il ne faut donc point, sous prétexte de débarrasser la vésicule du fiel de ses calculs, affliger les malades d'une gastrite, d'une duodénite, ou d'un état inflammatoire, qu'ils pourraient conserver le reste de leur vie. Voilà la véritable pratique. S'il existe une tumeur dure sous la face concave du foie, il faut établir un exutoire au-dessous des côtes asternales.

Le traitement des autres jaunisses se rattache à ce qui précède. Il faut épargner aux malades des douleurs, enlever les points d'irritation qui peuvent exister, et ensuite travailler au rétablissement du cours de la bile. Il n'est pas en notre pouvoir de la pousser par-derrière; nous ne pouvons que l'appeler par une substance qui excite le mouvement péristaltique, par des purgatifs: nous n'avons pas d'autres moyens à notre disposition. Il s'agit seulement d'exercer cette stimulation purgative et péristaltique de manière à ne pas trop tourmenter les organes et à rétablir le cours normal de la bile. Ainsi, un purgatif placé à propos, lorsque les voies gastriques sont bien disposées, est un excellent moyen d'abréger la cure, tandis que, administré prématurément, avant que l'irritation ait été combattue, il la prolongera ou la rendra même impossible.

Les purgatifs que vous devez employer sont surtout le séné, la rhubarbe, le sulfate de soude ou de magnésie, la manne, la casse, le tamarin.

J'aime mieux donner un purgatif tous les trois à quatre jours et des adoucissans dans les intervalles, que de donner continuellement des pilules purgatives faites avec le diagrède, la résine de jalap, l'aloès, les pilules mercurielles ordinaires, le calomel. Je crains les stimulations prolongées, parce que les organes finissent toujours par s'en mal trouver. C'est, au reste, à la sagacité du médecin à déterminer le mode d'emploi de ces moyens. Vous pouvez ensuite prescrire des boissons légèrement diurétiques, telles que le petit-lait, les infusions des feuilles de pariétaire, de buglose et d'autres substances qui portent le nitre avec elles, la limonade nitrée, l'eau d'orge nitrée, etc.; mais il ne faut pas inonder votre malade de boissons. Vous provoquerez les selles, si la constipation persiste, au moyen de lavemens émolliens. Une chose qui est doublement utile pour la peau, ce sont les bains, qui hâtent sa décoloration et calment les démangeaisons qui résultent de la présence de la bile dans son tissu.

Quant aux affections morales, faut-il leur opposer des antispasmodiques? cela dépend de l'état du malade. S'il n'y a pas d'inflammation, on peut les donner avant les purgatifs, ou les alterner avec eux; mais les bains, le calme, les promenades, les alimens végétaux, et, de temps en temps, un purgatif, voilà surtout ce qui triomphe de la maladie, quand les autres causes ont été écartées.

De la pancrétite, ou inflammation du pancréas.

Il faut dire un mot de l'inflammation du pancréas, qui est une maladie rare et extrêmement peu connue, quoiqu'on en ait fait plusieurs traités ; mais vous savez comment on faisait les traités autrefois : des symptômes plus ou moins concordans étaient mis sur le compte de l'organe dont on voulait faire connaître la maladie, et l'on bâtissait là-dessus une théorie et un traitement.

Jetons un coup d'œil physiologique sur le pancréas. C'est un organe glanduleux, qui sécrète promptement et abondamment, comme les glandes salivaires, quoique peu volumineux, et qui n'est pas un lieu de dépôt comme le foie, lequel, disons-le en passant, n'aurait pas eu besoin d'être aussi gros s'il n'eût eu qu'à sécréter la bile. Or, tout organe qui sécrète beaucoup et facilement s'enflamme peu, et il est aisé d'arrêter les inflammations des organes purement sécréteurs en les attaquant promptement. Le pancréas, qui n'a point ou que fort peu de tissu cellulaire, offre ce caractère à un plus haut degré que les parotides et les glandes sublinguales, qui sont situées dans des parties abondamment pourvues de ce tissu, dans lequel l'inflammation est fréquente, tandis qu'elles mêmes en sont rarement atteintes. En effet, dans les phlegmasies buccales les plus intenses, vous voyez une sécré-

tion extraordinaire sans inflammation des glandes salivaires, parce que cette sécrétion y met obstacle ou la prévient. L'inflammation du pancréas est encore plus rare. Quand il se passe dans son voisinage une stimulation qui le force à sécréter davantage, il le fait; mais il s'en remet promptement. Cependant, quelque facilité qu'il ait à échapper à l'inflammation, il peut la contracter quand cette stimulation est trop vive, ou par une percussion, ou quand son tissu se trouve dans une condition que nous ne connaissons pas.

Si elle est aiguë, il y aura des pulsations, des phénomènes appartenant au phlegmon, perçus transversalement dans le milieu du ventre, des douleurs dans le dos. Si elle est chronique, il est impossible d'y rien reconnaître. En supposant que le pancréas devînt squirrheux, l'induration se confondrait avec celle du tissu cellulaire, ou du tissu mésentérique, ou de l'épiploon, etc. Il y a là un si grand nombre d'organes en contact qu'il est bien difficile d'y déterminer le siége précis d'une tumeur.

Quant au traitement, l'état aigu de cette affection n'exige pas d'autres moyens que les antiphlogistiques, qui sont adaptés à toutes les inflammations phlegmoneuses, c'est-à-dire les saignées générales d'abord, ensuite les saignées locales, les cataplasmes émolliens, les bains, les boissons émollientes, jusqu'à résolution.

Pour l'état chronique, il n'y aurait pas autant de facilité. J'ai vu quelquefois les vaisseaux du pancréas très développés, les veines de cet organe variqueuses, enflammées. Dans ce cas, que faire après le traitement antiphlogistique et évacuatif? employer les exutoires, les onctions opiacées, et pratiquer un peu de médecine iatraleptique.

Nous n'avons rien de plus à dire sur cette question. Dans la prochaine séance nous nous occuperons de la splénite.

QUARANTE ET UNIÈME LEÇON.

10 février 1832.

De la splénite, ou inflammation de la rate.

—

MESSIEURS,

La rate appartient à la circulation : cependant, comme elle est située dans l'abdomen, et comme c'est particulièrement à la circulation du canal digestif qu'elle est annexée, il est naturel de placer son inflammation à la suite de celles de l'appareil d'assimilation.

On a long-temps hésité sur les fonctions de cet organe : pour mon compte, j'ai imprimé de très bonne heure qu'elle était uniquement un organe de circulation (1). C'était aussi l'opinion de Chaussier, quoiqu'il ne se soit pas exprimé positivement à cet égard, et cette opinion devient aujourd'hui prédominante. La rate est un système veineux, une sorte de dépôt du sang. J'insiste là-dessus, parce qu'il faut d'abord noter que cette constitution veineuse la rend moins acces-

(1) *Mémoire de la Société médicale d'émulation*, 1809 ou 1810, sur les diverticules du sang.

sible à l'inflammation que les organes à sang artériel, et que, si elle l'éprouve quelquefois à l'état aigu, elle la présente beaucoup plus souvent à l'état chronique. L'état aigu est presque toujours traumatique et dépendant de violences extérieures. J'ai vu une fois la rupture de la rate déterminée par la chute d'une poutre sur l'abdomen : un kyste s'était formé aux dépens du péritoine environnant, et la rate, contuse et déchirée, flottait au milieu d'une immense quantité de sang. L'état chronique se rattache aux irritations de l'appareil digestif, aux troubles de la circulation et aux congestions répétées de sang dans les viscères. Ainsi, pendant les accès de fièvres intermittentes, dont la période de froid s'accompagne d'un refoulement et d'une rétention du sang dans le système veineux abdominal, après quoi vient la période de chaleur ou d'expansion centrifuge, il est certain que la rate est dans un état forcé de congestion, et l'on conçoit que cette congestion répétée passe à l'inflammation. D'un autre côté, les inflammations chroniques du foie, et surtout celles du bas-fond de l'estomac, seules ou compliquées de fièvre intermittente, occasionent fréquemment la splénite chronique. Quelquefois aussi la rate s'affecte et se détériore conjointement avec le tissu cellulaire du mésentère, surtout chez les sujets scrofuleux.

Voilà ce qu'on peut dire de moins incertain

sur les causes et le mécanisme des inflammations de la rate. Il survient aussi quelquefois autour de cet organe de véritables phlegmons dans le tissu cellulaire par lequel pénètrent les vaisseaux spléniques : ces phlegmons peuvent arriver à la suppuration et atrophier la substance du viscère au point de la faire disparaître, ainsi que je l'ai constaté. On ne peut nier non plus que des inflammations suppuratoires ne se développent dans le tissu de la rate, et cela ne doit point étonner, puisque les veines elles-mêmes éprouvent l'inflammation.

Les signes de la splénite aiguë sont une tumeur dure, pulsative, rénitente, dans l'hypocondre gauche, avec plus ou moins de fièvre, et les troubles sympathiques ordinaires aux phlegmons. Il est possible que cette tumeur suppure, et que, une adhérence venant à s'établir entre la rate et les parois abdominales, un dépôt s'ouvre à l'extérieur ; mais cela est rare : il est plus commun de voir le pus retenu dans un kyste, avec diverses désorganisations du parenchyme. Il est possible aussi que l'inflammation ne se borne pas à la rate, et qu'une péritonite ou une gastro-entérite plus ou moins typhoïde, ou d'autres phlegmasies viscérales, se déclarent consécutivement.

La splénite chronique, qui pourrait être prise pour une espèce de maladie lymphatique, sanguine ou humorale, est une véritable inflam-

mation, ou une subinflammation, quoiqu'elle s'accompagne d'une sécrétion lymphatique ou tuberculeuse. Dans l'un et l'autre cas, c'est toujours une maladie d'irritation.

Il y a deux formes de splénite chronique. L'une est un engorgement ou une distension purement sanguine, que l'on appelle gâteau de fièvre, et qui se forme à la suite des fièvres intermittentes. Nous avons souvent au Val-de-Grâce de ces grosses rates qui nous viennent du Sénégal, de l'Espagne, de l'Italie ou de la Zélande. Ce qu'il y a de remarquable, c'est qu'en deux ou trois accès de fièvre intermittente, dans les pays chauds et marécageux, ces engorgemens se forment, tandis que, dans les pays non marécageux, à la suite d'accès beaucoup plus nombreux, ils sont beaucoup plus rares. Ne croyez pas, au reste, que ces rates engorgées soient inertes : il y a toujours autour d'elles de la douleur, une irritation qui tend à faire dégénérer les tissus voisins, une disposition au développement d'une gastrite ou d'une entérite aiguë : c'est ce que nous avons constaté à satiété dans les nombreuses occasions qui s'en sont offertes à nous.

L'autre forme est plus dure, moins volumineuse, et se rattache aux phlegmasies chroniques des intestins chez les sujets lymphatiques disposés aux squirrhes.

Quelquefois aussi on observe de ces duretés

de la région splénique à la suite de suppressions de suppurations, de dartres ou d'exsudations abondantes à la peau, qui donnent lieu à des engorgemens, à des congestions, à des irritations du système lymphatique du bas-ventre. On ne meurt point par la rate seule : il faut toujours que l'inflammation ou la subinflammation se communique aux principaux foyers de la vie.

Les nécroscopies montrent, dans l'état aigu, des abcès; mais ils se forment rarement dans la substance même de la rate. Dans les fièvres intermittentes, cet organe est tellement friable, que le doigt pénètre avec la plus légère pression. Si on l'examine, il est rempli de liquide, et ne consiste presque que dans un caillot de sang. Cependant, en l'observant avec attention, on y aperçoit des fibres. Dans les affections d'une autre espèce, qui offrent plus de dureté, on trouve quelquefois la membrane propre de la rate ossifiée, des tubercules à l'intérieur, une matière encéphaloïde, enfin toutes les altérations propres aux subinflammations, excepté les dégénérations graisseuses, attendu que la rate n'a point de graisse. On observe, en outre, des traces de phlegmasie chronique dans le canal digestif, et de la sérosité épanchée dans la cavité de l'abdomen, surtout quand la rate a été très gonflée et qu'il y a eu une congestion veineuse, qui ordinairement ne se borne pas à la rate, mais est partagée par le système veineux du mésentère et

du foie, dans lequel on peut rencontrer des coagulations, des brides, des érosions, des rétrécissemens, des oblitérations. Les vaisseaux chyleux et absorbans eux-mêmes peuvent être altérés.

Le pronostic se tire de l'activité de l'irritation qui constitue la splénite, de la propagation, de la durée de la maladie, et des circonstances dans lesquelles se trouvait le malade. Les splénites aiguës sont excessivement rares. Attaquées de bonne heure, elles se dissipent avec une extrême facilité, s'il n'y a pas de complication; mais souvent elles s'accompagnent d'une entérite ou d'une péritonite, qui constitue la maladie principale. La splénite chronique est d'ordinaire extrêmement difficile à guérir. Celle qui ne consiste que dans un engorgement inerte, est presque toujours liée à une irritation chronique des intestins ou du bas-fond de l'estomac, et quelquefois à une ulcération de cet organe, accompagnée de melæna ou de vomissement de sang noir. La splénite n'est alors qu'une affection secondaire, et le principal désordre est dans le canal digestif : c'est même ce qui a eu lieu dans presque tous les cas, attendu que la rate a peu de sympathies, peu de relations, et qu'elle ne s'affecte guère par les causes perturbatrices générales, excepté par le désordre du système circulatoire abdominal. On a voulu constater l'augmentation ou la diminution de volume de

cet organe dans les fièvres graves ou les gastro-entérites; mais on n'a rien trouvé de constant à cet égard, parce que cela dépend d'une foule de circonstances : quand le malade a été saigné de bonne heure, quand des sécrétions abondantes ont eu lieu, quand il y a eu des évacuations, de la diarrhée, des sueurs, la rate ne se congeste pas. Il faut aussi considérer l'état antécédent. En tout cas, ce n'est pas de la rate que vient le danger. Cependant, porter une grosse rate, c'est toujours porter une cause de maladies, de gastrites, d'entérites, avec leurs conséquences, dont la principale est l'hydropisie : à chaque accélération du cours du sang, cette rate, où aboutissent un grand nombre de vaisseaux sanguins, se gonfle, et revient ensuite difficilement sur elle-même. Ainsi, cet état est grave, parce qu'il est la source de plusieurs maladies qui ont de la gravité, et qu'il est par lui-même une incommodité qui empêche la constitution d'acquérir ou de reprendre toute son énergie.

Le traitement de la splénite doit être antiphlogistique dans le commencement. Si elle se présente à l'état phlegmoneux, il faut employer les saignées générales; mais elles ne sont pas suffisantes pour épuiser la maladie, et doivent être secondées par des applications de sangsues, afin d'empêcher que l'inflammation ne gagne de proche en proche les intestins. Ces sangsues ne doivent pas être épargnées, surtout lorsque le cas

est traumatique, lorsque, par exemple, une roue a passé sur le corps. Il faut enlever le foyer d'inflammation par un prompt dégorgement; s'il se manifeste un abcès, on l'ouvre; s'il s'ouvre de lui-même dans le canal intestinal, on met le malade au régime adoucissant, aux bouillons légers, aux fécules, et l'on attend le reste de la nature. On peut, dans quelques cas, chercher à amener la suppuration à l'extérieur, au moyen de topiques attractifs, rubéfians, suppuratifs.

Lorsque l'affection de la rate est tout-à-fait chronique, de nature sanguine, et déterminée par des afflux répétés de sang, le traitement varie beaucoup. Autrefois, on voulait absolument fondre la rate, et l'on employait pour cela des substances dont on était loin de connaître exactement le mode d'action. Ces substances, qualifiées de fondans, provoquaient un flux dans le canal digestif, et, si la rate n'était engorgée que depuis peu et que le canal digestif fût peu sensible, on en retirait quelques succès. Cependant, même dans ces conditions favorables, il ne faut pas trop en prolonger l'usage, parce qu'on pourrait provoquer une phlegmasie gastro-intestinale.

J'ai voulu faire des essais sur ces splénites chroniques qui sont la suite des fièvres intermittentes, et que j'ai rencontrées en grande quantité. Après avoir employé les saignées locales, les cataplasmes émolliens, j'ai stimulé les

malades, et j'ai tâché de les faire aller à la garde-robe pour résoudre leur rate; mais j'ai été arrêté par l'irritabilité du canal digestif, et j'ai vu que ces stimulans pouvaient déterminer une gastrite, une gastro-entérite, ou rendre les malades névropathiques; car, en stimulant le canal digestif, on exalte la sensibilité de ses papilles, et, pour peu que les individus soient disposés à l'irritation nerveuse, on les rend hypocondriaques. Lors donc qu'on a employé les antiphlogistiques autant qu'on le croit nécessaire, le plus sage est de s'en tenir au régime herbacé, tel à peu près qu'il convient à la gastrite chronique, et qui consiste à nourrir sans trop stimuler, à prescrire le repos et quelques douches sur la peau. La rate se réduit insensiblement, et finit par ne plus incommoder. Si elle ne se résout pas complètement, il n'en faut pas tirer un augure défavorable, parce qu'on peut très bien vivre avec une certaine altération de cet organe. Dans le cas où la maladie tient moins à une fièvre intermittente qu'à une irritation chronique du canal digestif, ou à la répercussion d'une suppuration, il faut déployer beaucoup de patience, et s'appliquer à empêcher le passage à l'état aigu, ce qui est facile en calmant les petites exaspérations qui surviennent de temps en temps, et en arrêtant les petites irruptions d'inflammation qui se font dans le canal digestif. La rate est là comme un fort, d'où l'ennemi fait de temps en

temps des sorties pour ravager la plaine, et dans lequel il rentre aussitôt qu'on le repousse. Quelquefois des fluides se durcissent dans la rate, et donnent lieu à des calculs que le traitement antiphlogistique peut rendre supportables : raison de plus pour ne pas tourmenter les malades par des moyens actifs. C'est beaucoup, en médecine, que de ne point faire de mal.

Quant aux frictions mercurielles, je n'en ai jamais reconnu l'efficacité. Le mercure lui-même, à l'intérieur, me paraît propre à détériorer les viscères, aussi bien que les fondans, qui ne sont que des purgatifs mêlés à des savonneux, ou à des substances âcres et diurétiques. Ces moyens ne peuvent être employés long-temps sans danger.

Passons à un autre sujet.

De la métrite.

Cette affection peut être aiguë ou chronique.

Examinons-la d'abord au col de la matrice, où elle présente une grande affinité avec la vaginite, dont elle peut être la suite ou la cause. En cet endroit, elle peut être occasionée par les accouchemens ou les excès du coït, par les contusions et les froissemens que le col éprouve pendant cet acte. Ordinairement les accouchemens l'occasionent, et le coït l'entretient.

En second lieu, la métrite peut occuper le corps

de l'utérus, où elle est rarement aiguë, si ce n'est à la suite du part ; car, dans les autres conditions de la vie, cet organe n'est pas assez perméable pour se prêter facilement à l'inflammation.

Un troisième siége de la métrite est dans les annexes de la matrice, les ligamens larges, les ovaires, les trompes de Fallope et le tissu cellulaire de ces parties. Elle peut y être aiguë à la suite de l'accouchement ; mais le plus souvent elle y est chronique. C'est le corps qui l'éprouve le plus difficilèment aiguë, hors le temps du part, ensuite les annexes, et puis le col, qui y est le plus sujet.

Les causes principales de cette inflammation tiennent aux fonctions de l'organe. Il y a ensuite celles qui sont communes à toutes les phlegmasies, et que je sous-entends parce qu'elles vous sont connues. Je dois fixer votre attention sur les détails spéciaux ou sur les causes propres à chaque phlegmasie en particulier. Or, cette sorte de causes, pour la métrite, consiste dans l'évolution de la puberté, l'hémorrhagie mensuelle ou les règles, le coït et l'accouchement, qui en sont les quatre principales sources.

La congestion qui se dirige sur l'appareil utérin, à l'époque de la puberté, pour la production des règles, peut y produire l'inflammation. L'utérus est fait pour éprouver l'hémorrhagie quand il a été congesté, tout le temps que dure la fécondité. Or, cela ne peut avoir lieu sans que cet organe se gonfle, se ramol-

lisse et éprouve un accroissement de température. Dans cet état, et pendant les premiers temps de la menstruation, il a une tendance marquée à l'inflammation. Plus tard, lorsque les règles se sont répétées durant un certain nombre d'années, il acquiert son développement indépendamment de l'acte de la génération ; il devient plus nerveux et plus sanguin en même temps, et sa température change, ses sympathies sont plus multipliées sur le système musculaire, sur l'estomac, sur les intestins, le cœur, le cerveau, sur l'intellect, et particulièrement sur les facultés affectives. C'est alors que vous voyez l'hystérie. Pour le dire en passant, cet état établit en quelque sorte une séparation entre les facultés affectives et les facultés intellectuelles : les femmes rient et pleurent sous l'influence d'une affection hystérique, sans que leur raison en éprouve la moindre altération ; elles ont quelquefois une impulsion vers le suicide sans aucun désordre intellectuel. L'utérus reprend-il son état, tout rentre aussitôt dans l'ordre. On voit souvent, à l'époque des règles et sans qu'il y ait hystérie, le caractère changer d'une manière surprenante, et les femmes devenir irascibles, intraitables et même furieuses. Les règles passées, le calme renaît. Cela se conçoit anatomiquement par les rapports intimes de l'utérus avec le rachis, et conséquemment avec les portions cérébrales destinées aux penchans affectifs, ainsi que l'a dé-

montré M. Ollivier d'Angers dans son beau Traité des maladies de la moelle épinière. Ainsi donc, l'action même de l'appareil utérin dans la fonction mensuelle le rendant plus nerveux et plus sanguin, le dispose à l'inflammation, et les phénomènes nerveux marchent facilement à la suite de celle-ci.

Le coït est certainement une cause très active de stimulation pour l'appareil utérin; mais cette cause n'agit pas, à beaucoup près, au même degré chez toutes les femmes; il y a entre elles, sous ce rapport, des différences qui n'existent pas également chez les hommes : une femme peut se prêter à l'acte générateur et remplir le vœu de la nature sans éprouver de désirs, tandis que l'homme devant fournir à la conception une dose plus forte de principes vitaux, et ayant plus d'efforts et de dépenses à faire, ne peut pas accomplir cet acte sans y être vivement sollicité. Quoi qu'il en soit, au reste, de cette distinction, le coït fait affluer le sang vers l'utérus, augmente sa sensibilité, agit sur ses annexes, principalement sur les ovaires, qui sont étroitement liés avec le col utérin, et dispose à l'inflammation, ou la produit par son abus : c'est une des causes les plus communes de la vaginite et de la métrite.

Vient l'accouchement, qui est la cause la plus fréquente et la plus puissante des maladies de l'utérus. Pendant la grossesse, cet organe devient plus actif, plus sanguin, plus nerveux; il s'y dé-

veloppe des tissus nouveaux, avec lesquels il vit en commun; c'est une véritable création d'organes. On parle des métamorphoses des insectes; mais l'utérus, après la conception, en subit une qui peut leur être comparée. Il devient alors un des organes les plus inflammables du corps. Souvent même il arrive que, pendant la gestation, l'irritation de la matrice agit sur le produit de la conception et occasione des fausses couches. La majeure partie de celles qui ne sont pas traumatiques dépendent de l'intolérance de l'utérus, qui cesse de se prêter au développement nécessaire à l'évolution du fœtus, et qui réagit ou par une contraction spasmodique, ou par l'inflammation développée en lui, ou par l'hémorragie qui détache et expulse le fœtus. Cette action ne doit point être considérée comme purement mécanique, mais comme l'effet de l'accroissement d'irritabilité de l'utérus. Cela est si vrai, que beaucoup de femmes contractent l'habitude de ces fausses couches, qui arrivent à une certaine époque de leur grossesse, par la moindre chute, la marche, et même sans cause appréciable. Il faut considérer, il est vrai, que beaucoup de femmes, dans notre état social, ne jouissent pas des avantages de la constitution primitive de leur sexe, parce qu'elles sont plongées dans un état d'inaction et d'oisiveté qui ajoute beaucoup à l'infériorité dans laquelle elles se trouvent relativement aux autres

femmes qui vivent d'une manière plus conforme au vœu de la nature.

A la suite des couches, l'utérus se dégorge et vous représente un phénomène naturel que vous pouvez comparer à l'effet d'une nombreuse application de sangsues. Il revient ensuite sur lui-même en vertu de l'élasticité de ses vaisseaux, de la contractilité de son tissu musculaire, de sa fibrine et de sa gélatine, et tout cela en même temps et dans une telle proportion, qu'au bout d'un certain temps il a repris ses dimensions naturelles, et ne conserve plus qu'un petit flux catarrhal qui s'épuise peu à peu, et qui vient surtout de l'endroit où le placenta était implanté.

Voilà l'état normal; mais il est quelquefois dérangé par le travail de l'accouchement, par la main du chirurgien, par les contusions ou les déchirures du col, quand les douleurs et les contractions sont brusques et violentes, comme on le voit souvent chez les femmes irritables. Alors le phénomène hémorragique qui doit dégorger l'utérus s'interrompt par l'effet de l'inflammation qui se développe dans le point où il a été contus ou déchiré : les vaisseaux se resserrent, le sang ne coule plus, et la congestion s'établit. D'ordinaire l'inflammation part ou du col déchiré ou du point d'insertion du placenta, comme le démontrent les autopsies.

Les mêmes causes président aux inflammations chroniques de l'appareil utérin. Le plus

souvent celles-ci sont entretenues de la même manière que les urétrites chez les hommes, c'est-à-dire par les communications sexuelles ou le défaut de soin des parties. Quelquefois un point de phlegmasie persiste au col de la matrice, entretient dans cet organe une irritation continuelle, et, tôt ou tard, si l'inflammation n'est pas détruite, elle acquiert de l'intensité, s'étend de plus en plus, et finit par envahir tout l'appareil utérin. Cependant les congestions qui accompagnent les inflammations du col et les vaginites attaquent rarement le corps, mais plutôt les annexes. Les causes autres que le coït qui peuvent entretenir la métrite chronique sont les mêmes que celles qui entretiennent les vaginites, savoir, le froid, l'humidité, les affections morales.

Pour exposer les symptômes de la métrite, prenons-en d'abord le degré le plus aigu ou l'état phlegmoneux : tumeur au-dessus du pubis, avec sensibilité à la pression; si c'est après l'accouchement, les lochies se suppriment, le ventre s'élève, la sécrétion du lait, qui avait commencé, se suspend, les seins s'affaissent; si l'inflammation n'est pas arrêtée, la tumeur s'élève, l'inflammation peut franchir les limites de la matrice et s'étendre au péritoine ou aux organes digestifs, ce qui constitue trois formes principales de l'état puerpéral aigu, savoir, la métrite pure et simple, la métrite compliquée de péri-

tonite, et la métrite compliquée de gastro-entérite. Lorsque l'une de ces complications devient prédominante, la métrite disparaît, ordinairement en grande partie; mais il en reste toujours des traces.

En suivant les armées, j'ai vu des métrites occasionées par des causes physiques ou par les violences les plus immorales. Elles étaient aussi intenses que celles qui viennent à la suite des couches, et se comportaient à peu près comme elles. Seulement l'inflammation y était plus forte dans le col que dans le corps, à moins qu'une pression ou une contusion directe n'eût été exercée sur celui-ci dans un état de grossesse peu avancé. Une femme qui recevrait un coup violent sur l'utérus pourrait contracter une métrite aussi intense qu'à la suite d'un accouchement laborieux.

L'inflammation a donc plusieurs directions à prendre. Elle peut se borner à l'utérus et en déterminer l'occlusion pendant quelques jours. Alors il se forme du pus dans sa cavité, puis, la détente venant à se faire, la malade guérit sans péritonite. C'est ce qui arrive presque toujours quand on empêche la métrite de produire la péritonite, ou qu'on la fait avorter. Il est possible qu'il s'établisse une suppuration dans les parois mêmes de l'utérus; mais il est difficile de l'y constater. Quand l'ouverture la met à découvert, on voit que la métrite n'a pas été seule; car on ne meurt pas pour la métrite seule, il faut

qu'une gastro-entérite, avec syptômes cérébraux, ou une autre affection grave, s'y ajoute.

Les autres marches sont vers la péritonite ou la gastro-entérite, et nous ne devons pas les suivre, parce que la gastro-entérite, vous la connaissez, et la péritonite, vous la verrez bientôt.

Tant que l'inflammation n'aura pas dépassé les limites de l'utérus, vous n'aurez à redouter que les adhérences qui pourraient s'établir dans le bassin et donner lieu à la stérilité, à l'oblitération des trompes de Fallope, qui fait dégénérer les ovaires et qui détruit la perméabilité nécessaire à des conceptions ultérieures. Je vous parle d'après l'expérience, et je vous invite de toutes mes forces à ne point attendre que sept ou huit symptômes se soient déclarés pour diagnostiquer la maladie; je vous engage à l'arrêter dès les premiers indices. Pour cela, il faut vous exercer sans relâche à comprendre le phénomène de l'inflammation, et ne point vous laisser détourner de son importante étude par les railleries de ceux qui ne le conçoivent pas. Ainsi, le danger n'est pas dans l'état de l'utérus, mais dans celui des organes principaux où l'inflammation se développe consécutivement.

Les ouvertures de cadavres qui ont été faites dans la métro-péritonite et dans la métro-gastro-entérite ont montré l'utérus rouge, gorgé de sang, ramolli, ayant quelquefois plusieurs la-

cunes remplies de pus, et le système veineux de l'organe participant à l'inflammation. On a donné dans ces derniers temps une importance majeure à ce dernier fait, et, comme les hommes sont précipités dans leurs jugemens et prompts à se laisser séduire, on a été sur le point de transformer la métrite en phlébite; mais celle-ci n'est qu'un des phénomènes de la métrite. L'inflammation ne se borne pas aux veines de l'utérus, elle attaque aussi les artères, le tissu cellulaire, et, quand elle est intense, elle brise le tissu musculaire. Comme le système veineux est extrêmement développé et congesté au moment où vient la constriction inflammatoire qui arrête l'écoulement, il n'est point surprenant que ces veines contractent l'inflammation Cette précieuse considération, loin d'ébranler notre théorie générale, la consolide. Il est naturel que les tissus qui sont le plus en action dans un organe s'enflamment au plus haut degré. Les veines de l'utérus sont dans ce cas, et il est même possible que l'inflammation remonte le long de ces veines dans les iliaques, et même jusque dans le système circulatoire central. On découvrira aussi probablement des cas où les artères seront enflammées, surtout les petites, car les grosses sont peu inflammables. Le système capillaire artériel l'est au plus haut degré: c'est en lui surtout que s'allume le feu de l'inflammation. Du reste, on trouvera des adhérences,

des suppurations, des fausses membranes et des traces de phlegmasies abdominales.

Après les cas mortels, les plus fâcheux sont les affections chroniques qui restent lorsque la métrite n'a pas été complètement enlevée et que des noyaux d'inflammation ont survécu dans les ovaires, dans le col ou dans le corps. Ces cas eux-mêmes, en se prolongeant, deviennent souvent mortels et présentent des tumeurs enkystées ou fibreuses, des altérations tuberculeuses, encéphaloïdes, etc.

Le pronostic de la métrite aiguë repose sur les mêmes bases que celui de toutes les inflammation des grands viscères, surtout de ceux de l'abdomen. Si la femme doit mourir, elle succombe avec les symptômes ou du phlegmon hypogastrique, ou de la péritonite, ou de la gastro-entérite typhoïde, c'est-à-dire que la fréquence et la petitesse du pouls, son irrégularité, la prostration, le délire, les mouvemens convulsifs ou les contractions tétaniques ne manquent jamais, et bientôt le délire se change en un coma précurseur de la mort. L'amélioration, au contraire, est annoncée par le ramollissement, l'ampleur, la moindre fréquence du pouls, sa régularité, la cessation des phénomènes nerveux, une sueur douce, générale, un meilleur coloris, le retour des sécrétions et des forces.

Le traitement de la métrite aiguë a été le sujet de beaucoup de controverses. Nécessai-

rement on a dû partir des anciens, qui ne connaissaient rien aux inflammations. On a surtout célébré la méthode de Doulcet qui donnait l'ipécacuanha, et qui prévenait ainsi, disait-on, les fièvres puerpérales. C'était par cette expression que l'on désignait autrefois toutes les phlegmasies qui surviennent à la suite des couches. En effet, les évacuans enlèvent quelquefois ces inflammations; mais, de la possibilité de ce fait à la conclusion que ce soit là la meilleure pratique, il y a loin : et la preuve, c'est qu'on a été obligé d'abandonner l'ipécacuanha, qui exaspère la maladie dans le plus grand nombre des cas, et l'élève à son *summum* dans l'espace de deux ou trois jours. On lui a substitué les saignées générales; mais, comme elles n'exercent pas une action assez directe, on y a renoncé, excepté pour les sujets pléthoriques. On est revenu à la méthode perturbatrice, et l'on a eu recours à d'autres moyens évacuans. Les Anglais ont donné l'huile essentielle de térébenthine jusqu'à produire des vomissemens et des sueurs; d'autres ont employé le calomel ou les frictions mercurielles, etc. Ces médicamens peuvent avoir leur utilité, et je ne serais pas étonné quand on donnerait l'émétique à haute dose, ainsi que l'huile de croton tiglium. Tous ces moyens rentrent dans la méthode révulsive, qui consiste à provoquer l'action des sécréteurs pour tuer l'inflammation. On peut y avoir recours

lorsque les saignées ont été insuffisantes. C'est un fait incontestable, auquel la doctrine physiologique assigne sa place ; mais il n'y a là rien d'extraordinaire ni de contraire à ses principes. Ainsi, quand vous voyez une métrite violente ou compliquée de péritonite, vous devez commencer par les saignées générales, si la malade n'a pas perdu beaucoup de sang, puis leur faire succéder les applications de sangsues, au nombre de trente, quarante, cinquante, sur les points les plus enflammés, et la diète ; car, sous prétexte que l'estomac n'est point malade, il ne faut pas, comme on le fait trop souvent, donner quatre et cinq bouillons par jour. Pour moi, je ne rencontre pas de métrites rebelles, lorsque je les traite ainsi dès le commencement. Si vous êtes retenus par la timidité de la malade ou de la famille dans l'effusion du sang, vous pouvez, après en avoir usé autant qu'il vous a été possible, recourir aux révulsifs sus-mentionnés ; mais je pense que l'émétique à haute dose doit obtenir la préférence toutes les fois que l'estomac est en état de le supporter. Ce médicament a une action certainement plus prompte que celle du calomel, et il détermine des évacuations plus variées et plus abondantes. Dès que l'inflammation diminue, vous devez cesser les moyens violens, sans quoi vous substitueriez une autre maladie à celle que vous voulez guérir. Le plus souvent la suppression des lochies est déterminée

par le froid, parce que les femmes veulent se lever trop tôt, et la métrite en est le résultat. Ce n'est pas une raison pour se servir des sudorifiques ; mais vous pouvez employer avantageusement les bains locaux de vapeur émolliente sur l'abdomen, suivant le procédé de Chaussier, qui consiste à placer sous les draps de la malade une toile cirée, à les maintenir écartés et soulevés au moyen de cerceaux, et à faire parvenir la vapeur dans le lit par un conduit partant d'un vase placé sur le feu et contenant de l'eau et des substances émollientes chauffées au degré convenable. Cette humidité chaude est très propre à rappeler la transpiration et à suppléer à la parcimonie avec laquelle on est quelquefois obligé de pratiquer les saignées.

Voilà un assez grand nombre de moyens de révulsion, entre lesquels vous pouvez choisir suivant la circonstance qui se présente.

QUARANTE-DEUXIÈME LEÇON.

13 février 1832.

MESSIEURS,

L'inflammation, avons-nous dit, peut prédominer dans le col, dans le corps ou dans les annexes de l'utérus : celle du corps est assez rare hors de l'état puerpéral; celle du col est produite souvent par des causes indépendantes de cet état, quoique les couches soient la principale, et celle des annexes, des ovaires et des tissus contenus dans les ligamens larges, est liée aux inflammations du col ou du corps, de sorte que, hors les cas de grossesse, on ne peut pas toujours se rendre bien compte de sa production.

Nous avons décrit la métrite aiguë dans le degré le plus voisin du phlegmon; nous l'avons vue circonscrite dans l'appareil utérin, ou propagée au péritoine, ou compliquée de gastroentérite. Nous en avons apprécié les symptômes

et établi le pronostic d'après cette appréciation. Pour le traitement, nous avons remarqué que les émissions sanguines locales devaient être mises en tête des moyens proposés, et qu'après elles venaient les révulsifs, qui demandent à être employés avec beaucoup de circonspection, afin que, par l'irritation qu'ils produisent, ils n'empêchent pas la maladie de se terminer, ou n'en produisent pas une additionnelle. Ces révulsifs sont les vomitifs, les purgatifs, les sudorifiques et les frictions mercurielles : ce sont ceux du moins qui ont procuré le plus de succès aux praticiens. Quand la métro-péritonite se déclare sur un grand nombre de sujets, dans des établissemens publics et sous forme d'épidémie, on a prétendu, à tort, que le traitement antiphlogistique n'avait plus de succès. Il faut le dire pour le bien de l'humanité : les antiphlogistiques placés à temps réussissent dans n'importe quelle phlegmasie. Ce ne sont pas les limites d'une salle d'hôpital qui peuvent en empêcher les bons effets, quand ils sont employés avec hardiesse et promptitude. La timidité et la lenteur peuvent seules les compromettre. Du reste, on a, après eux, les révulsifs, auxquels on doit recourir plutôt que d'abandonner les malades à leur sort.

Quant aux inflammations aiguës des annexes, il s'en forme en effet de très actives et de phlegmoneuses dans le tissu cellulaire qui renferme

les ovaires, ou dans les ligamens larges, et elles peuvent suppurer et s'ouvrir à l'intérieur ou à l'extérieur : elles se voient surtout à la suite des couches. L'inflammation, qui voyage en tous sens, peut se développer dans les annexes, au lieu de se développer dans le corps. Il ne faut pas vous étonner de ces variétés : elle peut quelquefois ne pas prédominer dans l'endroit où la cause qui l'a produite agit avec le plus d'énergie, mais se manifester à une certaine distance de cet endroit. Les signes d'un pareil phlegmon sont faciles à reconnaître, si l'on y prête attention : la malade y sent des pulsations; le doigt, introduit dans le vagin, distingue une tumeur à droite ou à gauche; elle est chaude et douloureuse; elle correspond à une des fosses iliaques du côté où elle a commencé à poindre; le doigt, dans le vagin, en la soulevant, la presse contre la main placée à l'hypogastre sur son sommet, lorsqu'elle n'est pas trop adhérente, *et vice versâ;* le col n'est pas malade; on sent une élévation, de la tension, de la rénitence, en déprimant les organes du bassin. Voilà pour les symptômes locaux. Ensuite il y a la fièvre, qui est l'effet de l'influence sur le cœur par l'intermédiaire du cerveau et de la moelle rachidienne; le pouls tient du phlegmon; il y a des douleurs sympathiques dans les cuisses, dans les muscles du bassin; car, lors des phlegmasies

viscérales, toujours quelques douleurs s'échappent dans les nerfs de relation. Si l'on savait bien interpréter ces sympathies, on aurait en elles un précieux moyen d'éclairer le diagnostic. Des douleurs se font aussi sentir dans le rein correspondant au côté où siége la phlegmasie, et quelquefois aussi vers la poitrine. Si ces tumeurs sont très actives, elles viennent à suppuration, et, d'ordinaire, le pus s'ouvre un passage dans les intestins, dans l'utérus ou dans la vessie, et quelquefois par plusieurs voies en même temps.

Le pronostic n'est pas mauvais tant que la malade a des forces, que l'inflammation n'est pas propagée au péritoine, qu'il n'y a pas de gastrite ou de gastro-entérite avec phénomènes nerveux, en un mot, tant qu'aucune atteinte n'est portée aux grands viscères. Si la maladie, non conduite à résolution, se termine incomplètement, il en résulte un état chronique fàcheux; et si cette maladie, primitivement chronique pour avoir été maltraitée, se ranime, c'est un passage à l'état aigu qui peut conduire à de graves désordres.

Les ouvertures de corps ont montré des abcès, des fontes purulentes, des gangrènes, et des tissus altérés de diverses manières. Quand on succombe, les désordres sont toujours beaucoup plus grands que lorsqu'on échappe à la maladie, parce que, pour mourir, il faut que les grands viscères

soient envahis. Ainsi, outre ces fontes purulentes, qui peuvent avoir gagné non seulement la matrice et la vessie, mais encore d'autres parties, on trouve des altérations plus ou moins considérables dans le péritoine, dans les organes digestifs, et même dans le cerveau.

Le traitement doit être antiphlogistique, et consister surtout en saignées locales. Vous épuiseriez la malade de saignées générales, que vous n'obtiendriez pas le même avantage que par ces dernières. Il faut, pour ainsi dire, fouiller, au moyen des sangsues, dans l'endroit où est le mal, ou du moins en approcher le plus qu'on peut : elles doivent être appliquées dans le vagin, à la région hypogastrique, sur la tumeur elle-même. Si le sang n'est pas à la peau, on l'y appelle par des ventouses sèches, des fomentations, des rubéfians, et l'on réitère les applications de sangsues. On prescrit en même temps un régime sévère. J'ai ainsi guéri de ces affections qui avaient trois mois de durée, et qui consistaient en une tumeur considérable dans l'un des côtés du bassin, avec fièvre qui redoublait le soir, et sans lésion de l'utérus. J'en ai guéri d'aiguës et de chroniques; mais il faut distinguer parmi ces dernières celles auxquelles le traitement antiphlogistique est applicable, et celles où il doit être abandonné : dans certaines nuances, il peut être encore prompt et énergique; dans d'autres, il doit être

lui-même chronique; dans d'autres, il ne doit point être employé du tout. En effet, quand il y a désorganisation, dureté ancienne, squirrhosité, nutrition vicieuse qui a déformé l'organe, ce serait perdre son temps que d'insister sur les antiphlogistiques. Les saignées, les sangsues, les émolliens, la diète, ne peuvent être alors que le remède d'un accident, lorsque l'inflammation tend à l'acuité; mais, celle-ci réprimée, il faut abandonner la maladie à elle-même, ou ne chercher à la modifier que par l'hygiène. Il y a de ces affections chroniques inflammatoires, dans lesquelles la nutrition n'a pas été assez viciée pour faire dégénérer l'organe, qui peuvent très bien céder aux antiphlogistiques. Pour les reconnaître, il faut une observation très attentive. Lorsque j'ai à traiter une de ces affections, qui sont ordinairement des ovarites chroniques, j'examine d'abord la constitution de la malade, si elle est scrofuleuse, si elle a eu des maladies annonçant un vice de nutrition, si elle est peu riche en sang et en puissance nerveuse. Si cela n'existe pas, et que la maladie reconnaisse une cause accidentelle, une violence physique, un choc, quelque ancienne qu'elle soit, j'essaie mon traitement antiphlogistique, les saignées locales répétées, les émolliens, la diète, et j'attends les suites. Si le pouls reste bon, si les redoublemens du soir diminuent en même temps que la tumeur, je prends courage, et

je poursuis jusqu'à la fin, en modérant néanmoins de plus en plus l'action des débilitans. Cela est applicable à toutes les phlegmasies en général, intérieures et extérieures. Si, au contraire, je n'obtiens rien, et que la malade se trouve dans des circonstances défavorables, faciles à apprécier par leur contraste avec les précédentes, je m'abstiens des antiphlogistiques, et je considère la maladie comme appartenant à l'état subinflammatoire : il y a alors une immobilité d'action organique qui laisse vraiment peu de ressources. On opère encore quelquefois la guérison de ces subinflammations quand elles sont extérieures, mais quand elles sont intérieures, cela est bien difficile. Les exutoires, le régime et la chaleur extérieure sont les principales ressources.

Le col est souvent enflammé seul après des couches, après des excès vénériens, ou à la suite de phlegmasies muqueuses vénériennes répétées plusieurs fois. Il en résulte un gonflement, une disposition à la fongosité de cette partie ou à la dureté. Les femmes se trouvent alors dans une position analogue à celle des hommes qui portent un rétrécissement de l'urètre, et elles ont des fleurs blanches. Cette maladie a de grands rapports avec la vaginite dont nous avons parlé. Il faut alors explorer avec le doigt et le spéculum, pour voir au juste à quoi l'on a affaire. S'il y a de la chaleur, de la rénitence, du

gonflement, de la rougeur inflammatoire; si cet état provient d'une cause irritante, et que la personne soit d'une bonne constitution, on a toute chance de réussir par le traitement antiphlogistique. Si, au contraire, le col est dur, et s'il se forme une tumeur inégale, considérable, on a la probabilité d'un état squirrheux. Vous pouvez encore tirer d'autres probabilités de l'âge ou de la circonstance de la cessation des règles à l'époque critique, de quarante-cinq à cinquante ans. Il y a des femmes qui portent pendant un temps souvent fort long une irritation du col, dont les mois sont le palliatif, et qui prépare de loin une dégénération avec sécrétion squirrheuse ou encéphaloïde. Dès qu'elles cessent d'éprouver ces évacuations mensuelles, qui sont des saignées locales naturelles, la maladie fait des progrès, et marche rapidement vers la désorganisation.

Voilà deux cas qui ne sont pas aussi faciles à distinguer qu'on le croirait. Je vais vous énoncer leurs signes diagnostiques différentiels.

Quand il n'y a qu'une inflammation chronique sans sécrétion appartenant à l'état subinflammatoire, sans altération de texture ou de nutrition, le col, quoique dur au pourtour, est lisse, chaud, et le doigt ne sent point une dureté profonde et inégale comme bosselée; lorsque cela coïncide avec la jeunesse et avec des causes évi-

dentes, vous avez encore plus de probabilité d'une inflammation prolongée, curable. Quand, au contraire, le col est dur dans toute son épaisseur, sans aucune souplesse ni élasticité, et qu'à cela se réunissent la lenteur de la maladie et les circonstances d'âge critique et de tempérament lymphatique, vous avez la presque certitude d'une altération profonde, incurable. Dans la première variété, vous avez à craindre, si elle n'est pas traitée, qu'elle ne produise l'ulcération ou la désorganisation incoërcible, qui n'a pas besoin de sécrétion subinflammatoire pour s'effectuer, l'inflammation pure et simple pouvant sans elle faire tomber les parties en détritus; vous avez à craindre au moins que la maladie, palliée par les évacuations mensuelles tant qu'elles durent, ne dégénère, et ne puisse plus être guérie quand elles auront cessé. Lorsqu'il existe une ulcération, on peut la reconnaître au doigt; mais il est plus sûr de l'examiner au spéculum. Si elle est superficielle, et si elle n'occupe que le pourtour du col, non induré profondément, elle est peu grave; mais, s'il y a un détritus mêlé de gris et de jaune, une perte de substance, produite comme par un emporte-pièce, dans une grosse tumeur profondément indurée, avec teinte jaune de la femme, vous avez la certitude d'une altération subinflammatoire extrêmement grave.

Pour qu'une femme périsse d'une affection

utérine, il faut nécessairement qu'une autre affection s'y ajoute. Si vous fixez votre attention sur celles qu'enlève cette maladie, vous apercevrez en elles plusieurs détériorations successives : d'abord il y a constipation, parce que le passage des matières est douloureux, et que chez toutes les femmes la sensibilité utérine et vaginale produit cet effet; ensuite vient la fièvre à petits redoublemens, s'exaspérant surtout le soir, sans qu'il y ait encore de dérangement sensible de l'appétit; l'écoulement muqueux, qui existait, prend un aspect de plus en plus purulent et une fétidité particulière, extrêmement pénétrante, qu'il faut avoir sentie pour s'en faire une idée. Les douleurs sont variables comme la sensibilité elle-même chez les divers individus : il y a des femmes qui n'en ressentent point, quoiqu'elles aient l'utérus en grande partie détruit, tandis que d'autres, qui n'ont presque aucune altération, en éprouvent d'intolérables; elles viennent de l'organe lui-même; mais, comme il n'y a point là de sens interne actif, c'est dans les muscles voisins, dans les lombes, dans les cuisses, à l'orifice du vagin, qu'elles se font sentir. J'ai vu quelquefois l'irritation, l'induration rouge, la suppuration, se propager chez des sujets irritables, à la vessie et au rectum, de manière à empêcher la sortie des selles et des urines, et à barrer tous les passages; mais cela ne suffit pas

pour entraîner la mort. Il faut pour qu'elle arrive... vous savez ce qu'il faut, je vous l'ai dit cent fois : ce sera, suivant la prédisposition, ou une phlegmasie pectorale, ou une gastro-entérite, etc. Quand l'inflammation se déclarera dans les organes digestifs, l'appétit se perdra, les digestions se détérioreront; à la constipation succèdera la diarrhée, la maigreur ira croissant jusqu'au marasme, dans lequel la malade s'épuisera et finira ses jours. Si la gastro-entérite est aiguë et violente, la mort viendra plus tôt par les phénomènes cérébraux. Des accidens s'interposeront, dans la plupart des cas, entre les différentes phases que parcourra la maladie : des hémorrhagies auront lieu par les ulcérations du col, à plusieurs jours de distance d'abord, puis plusieurs fois par jour, à certaines heures, à la suite de congestions. Ces hémorrhagies ne résultent pas du relâchement et du bâillement des vaisseaux, et ne sont point, comme on l'a dit, passives : c'est une surface ulcérée, que l'inflammation dévore continuellement et sur laquelle se fait une congestion de sang, qu'elle retient d'abord, et qu'elle exhale ensuite. Elles ont toujours un caractère d'activité, même chez les personnes les plus débiles, excepté lorsque des vaisseaux érodés, d'un assez gros calibre, laissent couler le sang. Ces hémorragies peuvent devenir mortelles.

Voilà donc plusieurs manières de mourir. La-

quelle voulez-vous que je vous donne pour apanage de la maladie? je ne sais, car elles peuvent toutes se présenter; c'est une destruction qui s'opère par l'inflammation, laquelle, d'un organe moins important, passe à d'autres qui le sont davantage. Si vous vouliez mettre tous les symptômes que peut éprouver une femme attaquée de métrite chronique sur le compte de cette maladie, vous auriez des volumes à faire.

Vous voyez sur quoi doit reposer le pronostic : tant que la maladie est locale, purement inflammatoire, sans sécrétion ni vice de nutrition subinflammatoire, elle est presque toujours curable. Si ce vice existe, elle ne l'est pas, au moins sans ablation. Quand le danger approche, il est en raison de l'affection des principaux viscères. Tant que la malade est sans fièvre, il y a de l'espoir. Il peut même y en avoir encore beaucoup, quand la fièvre existe, si elle ne dépend que de l'affection du col et qu'il ne soit pas encore désorganisé. Mais, s'il y a déjà un développement de phlegmasie chronique dans le poumon ou dans les voies gastriques, le cas est grave, et la curabilité disparaît presque entièrement; c'est la grande loi dans les cancers. On établissait autrefois en thèse générale que le cancer une fois ulcéré était incurable ; cela est inexact : le cancer peut être guéri, s'il est extrait, pourvu que les viscères soient sains. On a fait et l'on continue de faire de ces cures, même chez des per-

sonnes qui ont les viscères enflammés, pourvu qu'ils ne le soient pas trop fortement, et que l'on sache les traiter suivant toute la rigueur des principes physiologiques. Il y a des cas de demi-gravité, dans lesquels le bourrelet du col près de son insertion au corps, est sain quoique ulcéré superficiellement, et même assez profondément. On peut opérer avec succès dans ces cas, tandis que, dans d'autres, où il n'y a point d'ulcérations, mais où l'engorgement et la dégénération sont profonds, on ne le peut. Le même principe est applicable aux cas où l'affection, quoique légère et peu profonde, a déjà entraîné par sa durée l'altération des viscères. Ces questions se résolvent d'elles-mêmes, par le simple bon sens, pourvu qu'on puisse effacer les entités de sa tête et ne voir que les faits.

A l'autopsie, on constate toujours l'inflammation plus ou moins pure : c'est, ou une congestion sanguine sans dureté, sans fonte purulente, sans ramollissement ; ou ces dernières altérations seules, ou mêlées avec d'autres ; ou une sécrétion de matière grise, lardacée, tuberculeuse, encéphaloïde, véritable produit de l'inflammation. Ne croyez pas que les viscères doivent nécessairement contenir de cette matière, parce que l'utérus en contient. Oh ! que vous auriez tort de vous représenter la cachexie cancéreuse comme existant dans tous les cas ! Il se peut qu'une malade ne soit affectée de cette manière qu'au col utérin, ou aux mamelles, et qu'en

même temps tous ses autres organes soient exempts de la même altération. Chacun d'eux se détériore à sa manière, quand l'inflammation y persévère. Une personne lymphatique ou scrofuleuse, atteinte de métrite chronique désorganisatrice, pourra avoir des tubercules dans tout le corps, pendant qu'une personne d'une constitution différente et mourant de la même affection, avec des symptômes à peu près semblables, n'offrira dans ses viscères aucune sécrétion qui appartienne à cet état encéphaloïde, tuberculeux, lardacé, etc., mais des inflammations pures et simples.

On guérit les inflammations chroniques du col utérin par le traitement antiphlogistique, quand elles sont simples. Si vous êtes appelés à donner des soins à une femme qui ait conservé une irritation du col à la suite d'une couche, qu'il y ait eu ou non déchirure de cette partie, vous pouvez, avec le temps, la guérir en portant des sangsues sur les grandes lèvres, et même au col utérin, quand il n'y a pas de désordres ni d'ulcérations en cet endroit; en usant des injections émollientes et calmantes répétées fréquemment; en appliquant des cataplasmes et des fomentations de même nature sur l'hypogastre, et même le froid et la glace; en faisant prendre des bains généraux ou des bains de siége. Mais j'insiste peu sur ces derniers, parce que, prolongés, ils occasionent des congestions dans la région utérine. Je crains le froid, ou, pour mieux dire, je distin-

gue les cas et les circonstances dans lesquels ce puissant moyen peut être employé. La glace sur l'hypogastre et le bain de siége froid, surtout en été, peuvent procurer de grands avantages chez les femmes sanguines, bien constituées, capables de réaction; mais, si on le leur fait prendre en hiver, on s'expose à leur donner de graves inflammations. Le froid ne se manie pas dans nos climats comme en Italie, pays dans lequel surtout on célèbre ses bons effets. Avec notre température molle et changeante, nos petites femmes délicates et habituées à l'oisiveté, il est difficile de faire un heureux emploi du froid. Mais, comme nous le disions il n'y a qu'un instant, quand les femmes sont robustes, on peut leur tenir plongé à discrétion le bassin dans un bain froid, ou leur faire faire des injections émollientes froides dans le vagin. C'est au bon sens à vous guider dans ces cas: si vous êtes inspirés par lui, et si vous avez le bonheur qu'il ne vous abandonne point, vous obtiendrez de nombreuses guérisons. Cependant le traitement antiphlogistique est quelquefois épuisé sans succès, et c'est alors qu'on a recours aux procédés chirurgicaux, par lesquels, en effet, en excisant le col, s'il n'est pas affecté profondément, s'il n'y a pas d'état subinflammatoire le dépassant, et si l'instrument ne divise que des tissus sains, on obtient des guérisons durables.

On a aussi essayé de cautériser le col, comme on cautérise une aphthe, avec du nitrate d'ar-

gent, ou du proto-nitrate acide liquide de mercure, et l'on a réussi quand l'affection n'était que superficielle, et surtout après avoir fait usage des antiphlogistiques. Mais à quoi serviraient ces moyens, si l'engorgement était profond et si l'utérus y participait? Il faudrait alors extirper cet organe. Mais vous savez quels tristes résultats on a retirés de cette opération; ils ont été tels qu'on n'ose plus y recourir. Chaque moyen a son genre d'utilité, son moment d'opportunité, il ne s'agit que de le bien choisir; mais celui-ci ne nous paraît point admissible.

Lorsqu'il y a ulcération avec induration profonde, que la majeure partie de l'utérus présente, quand on le soulève avec le doigt, une grosse masse pesante avec des battemens, que les viscères fondamentaux commencent à s'entreprendre, il ne reste plus que la médecine palliative adoucissante; car il ne faut pas se figurer qu'on enlèvera tout par le traitement antiphlogistique ou le traitement révulsif obstinément suivis. L'un affaiblirait le malade en pure perte et diminuerait les chances de guérison, et l'autre aggraverait son état. Néanmoins, l'abus du premier est moins à craindre que celui du second; car il existe chez l'homme un instinct qui lui fait repousser les prescriptions trop opposées à ses besoins, et qui tendent à le dépouiller trop complètement de ses matériaux nutritifs. Vous aurez beau lui ordonner la diète, les saignées,

il ne s'y soumettra pas ; il consentira plus volontiers aux moyens révulsifs, qui exigent plus ou moins de confiance et de résolution, mais qui ne contrarient pas ses instincts. Ces moyens exigent plus de précautions de la part du médecin. On s'en tiendra donc aux palliatifs, qui sont, les émolliens, les adoucissans, les narcotiques, employés localement en injections et en topiques, et ensuite le régime doux propre à arrêter les progrès d'une gastrite ou d'une entérite. Je renvoie pour ce dernier objet au traitement de ces maladies, qui apprend à modifier de la manière la plus avantageuse possible les viscères de la digestion. Je renvoie de même à ce qui sera dit du traitement des affections pulmonaires, pour les cas où elles compliquent l'affection chronique du col utérin.

Pour ce qui est de la métrite chronique du corps de l'utérus, laquelle est rare, mais peut néanmoins exister, je ne vois pas qu'il y ait de différence fondamentale dans son traitement ; mais son diagnostic mérite que nous en disions quelque chose. La tumeur est au milieu de l'hypogastre ou du bassin ; on apprend, par le toucher ou le spéculum, qu'il n'y a point d'affection au col : il ne s'agit plus que de déterminer si l'excès de volume de l'organe n'est point dû à la présence de corps étrangers, ce qui se rattache aux fausses grossesses, aux môles et aux hydatides ; et devient extrêmement delicat. Je sortirais des bornes de ce cours si j'entrais dans ces détails. Cependant je ne puis résister au désir de

vous faire part d'un fait de ce genre. Une femme se croyait grosse parce que son utérus se développait : plusieurs médecins qu'elle consulta la confirmèrent dans cette idée, excepté un, qui la rejeta. Il ne trouvait point de changement au col, quoique cette femme fût au sixième ou septième mois de sa prétendue grossesse. Il sentait une tumeur ronde au-dessus du pubis, une espèce de frémissement sous la main, semblable à celui de plusieurs corps se remuant ensemble : l'application de tout corps froid ou chaud détermine mouvement. Il diagnostiqua des hydatides. La femme accoucha d'un chapelet d'hydatides.

En général, tous les corps étrangers qui s'accumulent dans l'utérus y produisent de l'irritation, mais non ou que très rarement de l'inflammation. Il faut donc en établir le diagnostic d'après l'art des accouchemens, d'après l'absence ou la présence des signes réels de la grossesse. Ceux-ci manquant, il ne reste qu'une irritation de l'utérus, avec ou sans corps étrangers, et il ne s'agit plus que de différencier ceux-ci de la métrite chronique. Le danger de la méprise, en tous cas, serait bien léger, et même nul; car, si l'utérus est assez douloureux pour troubler l'économie, pour produire de la fièvre, quel inconvénient peut-il y avoir à employer la méthode antiphlogistique? aucun : bien au contraire, vous feriez, par cette méthode, disparaître l'irritation, et le diagnostic n'en serait que plus facile.

QUARANTE-TROISIÈME LEÇON.

20 février 1832.

—

Messieurs,

En vous traçant l'histoire des affections de l'utérus, nous avons surtout appelé votre attention sur plusieurs points de théorie qui ne sont autre chose que le résumé des faits de la pratique ou de l'observation, et qui peuvent de nouveau s'appliquer à la pratique, quand l'occasion s'en présente. Ainsi, nous avons vu que les inflammations de l'appareil utérin, lorsqu'elles sont récentes ou aiguës, peuvent s'enlever comme toutes les autres inflammations; qu'il n'y a point à cet égard d'exception qui soit subordonnée à de prétendues influences épidémiques; que le point important est d'empêcher qu'elles ne sortent des limites de l'utérus et qu'elles ne se répandent dans l'appareil viscéral, et surtout dans le péritoine; que, par conséquent, les dégorgemens locaux les plus prompts, par les an-

tiphlogistiques, sont les moyens principaux; qu'il faut les pousser aussi loin que possible, dans l'intérêt des malades et dans la vue d'un prompt rétablissement; qu'il ne faut pas vous laisser prendre au sophisme que la convalescence sera longue et pénible si vous tirez du sang, assertion fausse, car vous économisez les forces des malades en détruisant l'inflammation; et que les révulsifs peuvent être employés avec beaucoup plus d'avantage immédiatement après les évacuations sanguines, quand elles ont été copieuses, que sans elles.

Pour l'état chronique, nous avons posé des principes analogues, en les adaptant à diverses nuances de la maladie. Nous avons recherché les probabilités d'un état inflammatoire pur et simple, qui n'a pas assez duré pour qu'il se soit fait des sécrétions morbides, des nutritions vicieuses, tendent à la dégénération ou à l'état subinflammatoire, et nous avons dit que, lorsque cet état existait, le traitement devait consister à détruire l'inflammation par les antiphlogistiques, non avec promptitude et jusqu'à extinction, comme dans l'état aigu, mais en observant s'il survenait une diminution progressive des symptômes. Lorsqu'au contraire cet état inflammatoire pur et simple n'existe pas, et qu'il y a certitude de dégénération, il est important de ne pas épuiser les malades en pure perte, et de ne pas leur soustraire un sang qu'ils ne

pourraient pas réparer. Dans tous les cas, il faut s'attacher à empêcher la propagation de l'inflammation dans l'appareil viscéral, et, quand ce malheur est arrivé, et qu'en même temps l'utérus est attaqué si profondément qu'on n'y peut plus porter remède, se borner au traitement palliatif.

Nous avons traité théoriquement la partie opératoire, et nous avons dit que, tant que l'altération n'est pas profonde, on peut employer avec succès les astringens, la cautérisation ou l'ablation; mais qu'il ne faut jamais négliger d'inspecter et de conserver en bon état l'appareil viscéral.

Ensuite se sont présentées des questions accessoires, telles que celles des hémorrhagies.

Quant aux cas de tumeurs chroniques des ovaires, qui ne peuvent être atteintes par les antiphlogistiques ni enlevées par les instrumens, je vous avoue que l'art est bien impuissant. Quelquefois elles sont indolentes, dérangent la circulation, l'exhalation, l'absorption, et produisent un état d'hydropisie qui peut durer long-temps. On a tenté la fonte de ces tumeurs par des moyens internes qui sont loin de réussir toujours, et l'on a trop souvent sacrifié à un vain espoir de guérison l'organe de la digestion. Elles peuvent être portées trente ans en cet état, tandis qu'une gastrite peut être mortelle en quelques mois, et même beaucoup plus tôt.

Ce sont sans doute des médecins ignorans qui commettent ces fautes; mais qui peut se flatter de tout connaître en médecine, surtout au début de la carrière pratique? Il vous faut des principes généraux pour vous diriger dans les cas dont vous n'avez pas encore une connaissance particulière. Voilà pourquoi un Cours de Pathologie génér le est d'une si grande utilité : il vous donne le moyen de reconnaître ou de passer en revue une immensité de faits qui se trouvent classés d'avance ou rapprochés théoriquement par leurs analogies; car il faut en tout une méthode ou une théorie.

Des inflammations de l'appareil urinaire.

Nous allons maintenant nous occuper des inflammations de l'appareil urinaire, qui sont souvent très graves. Nous commencerons par celles des reins, parce qu'ils sont les organes urinaires les plus profondément situés. On a pendant long-temps établi des distinctions entre ces maladies, et l'on a voulu voir des différences de nature là où il n'y a que des différences de degrés.

De la néphrite.

Cette maladie se prétente à l'état aigu ou à l'état chronique; elle reconnaît pour causes, d'abord celles qui sont communes à toutes les

inflammations, les blessures, les coups, les chutes, les violences extérieures, la pléthore, etc., ensuite celles qui sont spéciales : les reins reçoivent très souvent l'inflammation de la vessie, quelquefois de la marge de l'anus (les hémorroïdaires sont sujets aux inflammations néphrétiques); dans d'autres cas, des muscles rhumatisés. Sous l'influence du froid, le rein est aussi facile à enflammer que les autres organes. Cette cause est si puissante qu'elle se retrouve partout : c'est la cause provocatrice par excellence de toutes les formes d'irritations, des hémorrhagies, des inflammations, des subinflammations, des névroses, etc.

Les reins reçoivent aussi l'irritation de l'estomac. Les personnes qui vivent dans un état habituel de surirritation gastrique contractent aisément des néphrites, surtout quand il existe en même temps une autre cause. L'état de la sérosité du sang peut contribuer aussi à la néphrite : il est certain que les personnes qui boivent beaucoup de vin ou de liqueurs fermentées, et peu d'eau, sont plus exposées que d'autres aux inflammations des reins. Il faut que l'eau entre pour une bonne part dans notre alimentation : si les urines sont trop concentrées, les reins s'échauffent et s'enflamment. Les éruptions, les évacuations, les irritations inflammatoires, hémorrhagiques, sécrétoires, suppuratoires, etc., venant à se supprimer, ces organes

peuvent également s'enflammer. L'abus du coït, surtout chez l'homme, s'il y joint l'abus de la bonne chère et s'il ne délaie pas son sang par une suffisante quantité d'eau, conduit au même résultat. Le séjour au lit et l'attitude assise trop prolongés prédisposent aux affections des reins, en faisant prédominer l'irritation dans les viscères centraux. Ensuite, parmi les substances médicamenteuses il y a certains modificateurs qui exercent une action stimulante particulière sur les reins, les cantharides et les substances térébenthacées. Quelquefois on a bien de la peine à trouver la raison de ce qui produit la néphrite; pourtant, en cherchant bien, on la découvre presque toujours. En général, si l'on tenait un compte soigneux de toutes les circonstances, et si l'on ne se laissait point étourdir par certains mots qui empêchent de procéder d'une manière physiologique, on approfondirait et l'on pénètrerait presque toujours l'étiologie des inflammations. L'avantage de cette recherche est du reste évidente : elle vous donne l'idée anticipée du régime à suivre pour les guérir.

L'état aigu de la néphrite présente deux formes particulières, l'une phlegmoneuse, et l'autre moins intense. Le début peut être subit, particulièrement lorsque la cause est traumatique, ou bien quand elle est spéciale, comme l'usage des cantharides pour s'exciter au

coït, sorte d'auxiliaire absurde qu'emploient assez souvent les personnes de constitution pléthorique grossièrement sensuelles.

D'autres fois, la maladie se développant peu à peu, les malades éprouvent des douleurs qui se répètent par intervalles; les urines sont chargées et brûlantes; il y a dans les reins un sentiment de pesanteur qui se propage plus ou moins loin; les règles cessent de paraître; s'il existait un flux hémorroïdal, il se supprime; enfin la maladie éclate. Ses symptômes locaux sont une tuméfaction occupant l'un des flancs, entre la dernière côte asternale et la crête de l'os des îles, dans la profondeur du tissu cellulaire situé derrière les muscles de l'abdomen. Il est facile de reconnaître la maladie en exerçant la pression et la percussion : on détermine ainsi un sentiment de douleur, qui quelquefois est perçu du côté opposé, l'organe étant pair; mais cela est rare. Ces symptômes sont ceux du phlegmon. Il y a plus ou moins de rénitence; les urines sont rouges, sanguinolentes, et quelquefois elles renferment du sang en petite quantité. Il y a absence des symptômes de cystite. Une influence sympathique assez puissante s'exerce sur l'estomac, qui est en relation avec le rein au moyen de deux sortes de nerfs, de sorte que, quand celui-ci est enflammé, il se fait une altération des sécrétions gastriques, et les malades ont des rapports; mais ces symptômes sont moins

prononcés que dans les affections calculeuses. Il y a propagation de douleur à la cuisse du côté du rein malade, et, chez l'homme, un peu de stupeur et d'endolorissement des testicules. Quelquefois cette stupeur et cet endolorissement sont généraux dans un côté du corps, et augmentent à mesure que l'on s'approche du rein. Les fonctions des intestins sont troublées, le mouvement péristaltique est gêné, il y a constipation, création de gaz, état fébrile, pouls fréquent et plein, disposition sudorale de la peau, absence de phénomènes convulsifs, mais seulement tendance aux spasmes, coliques, sentiment de pesanteur, de plénitude et de rénitence. Une chose importante à noter, c'est que, si le phlegmon n'est pas dans le rein, mais à l'entour, les symptômes sont les mêmes que s'il y était, à cela près que les sympathies exercées sur les cuisses, sur les testicules, sur l'estomac, n'existent pas.

Quelle marche suivra cette phlegmasie? Elle peut tendre vers la résolution et y arriver au moyen du rétablissement d'une hémorrhagie supprimée, des règles ou des hémorroïdes. Les sueurs produisent difficilement cet effet. Mais, me demanderez-vous, ces hémorrhagies ne se rétablissent-elles pas parce que la néphrite elle-même a commencé a disparaître? Cela est vraisemblable, et même je le crois; car, bien qu'on dise, quand un homme a une inflammation,

qu'il ne fait rien pour la guérir, ou qu'il ne la traite pas parce qu'il se borne à se mettre dans le repos, à se priver de la majeure partie des modificateurs irritans, comme les alimens, à prendre des adoucissans, à s'appliquer des émolliens, néanmoins il ne faut pas croire, s'il lui survient une hémorrhagie, que ces moyens ne l'ont pas provoquée; car ils peuvent être suffisans pour avoir déterminé un commencement de résolution, à la suite duquel l'hémorrhagie s'est déclarée.

Cette terminaison par résolution est certainement la plus heureuse; mais elle n'est pas, à beaucoup près, la plus commune. Elle ne vient guère qu'après que l'art a agi, car, sans cela, la maladie va croissant, ou elle reste chronique. Elle reste même chronique étant traitée, si elle l'est incomplètement. Quand la médecine sera parvenue à ne point laisser de noyau de chronicité dans les maladies, elle aura fait un pas immense. Mais il faut pour cela s'habituer à raisonner juste, perdre le goût des chicanes, et ne point se jeter dans des subterfuges qui ne peuvent que détourner l'œil médical des phlegmasies incomplètement détruites. Il faut aussi ne pas les morceler, sous prétexte qu'on ne veut pas être exclusif, réticence qui conduit à être superficiel et à faire de leurs nuances nombreuses autant d'espèces différentes. Toutes les maladies ne sont pas aiguës et saillantes au même

degré. Elles laissent souvent, comme je vous le dis, des noyaux de chronicité qu'il importe beaucoup de faire disparaître, aussi bien dans les reins que dans les autres organes, si vous ne voulez pas que vos malades deviennent calculeux par la suite.

La résolution de la néphrite, par quelque moyen qu'elle soit obtenue, s'annonce par la diminution de la douleur, par la détente de la partie, par la diminution de l'état de crispation, de tous les phénomènes sympathiques, par le rétablissement des urines, qui, après avoir été rouges, brûlantes et en petite quantité, sont troubles, comme jumenteuses, et entraînent une matière muqueuse, blanchâtre. Alors la constipation disparaît, et il finit par ne plus rester de traces de la maladie.

La terminaison par suppuration peut se faire d'abord vers l'extérieur : on a vu des abcès des reins s'ouvrir ainsi et donner issue à des calculs et à des corps étrangers contenus depuis longtemps dans le bassinet, et qui avaient déterminé l'inflammation suppuratoire ; mais cela est rare. Le pus peut se former dans l'intérieur du rein et s'évacuer par les urines ; alors celles-ci paraissent purulentes et déposent des matières furfuracées, en même temps qu'il y a détente et cessation des douleurs de la partie. Quelquefois l'inflammation tombe sans que l'on puisse constater ce qui se passe dans l'intérieur du

rein, et il y reste un kyste ou une masse plus ou moins grande de pus renfermé dans la substance corticale. La comparaison des cas où des abcès sont restés ainsi circonscrits fait voir qu'ils peuvent disparaître par résorption ; mais cela ne peut se constater d'une manière suffisante. Voilà pourquoi l'irritation vous est si précieuse, et pourquoi vous ne pouvez vous y soustraire : quand vous ne pouvez déterminer le degré de l'altération, elle vous sert à apprécier celui de l'irritabilité. S'il reste un abcès ou un kyste de deux ou trois pouces de diamètre dans le rein, comment le saurez-vous, si vous n'avez pas vu sortir de pus? Vous ne le soupçonnerez qu'au moyen d un certain degré de néphrite chronique qui subsistera.

On ne meurt pas par une inflammation aiguë du rein seulement; il faut toujours qu'il se déclare une gastro-entérite, ou une péritonite, ou que le cerveau se prenne. Par conséquent, si l'inflammation du rein est trop forte, ou qu'on n'y remédie pas, vous voyez survenir les symptômes de ces inflammations. Quand la maladie reste chronique, il est très difficile de déterminer quelle espèce d'altération elle a produite.

Lorsque les malades succombent à l'état aigu, on peut trouver des abcès énormes avec fonte générale des reins et du tissu cellulaire, et, conjointement avec cela, une péritonite ou un gastro-entérite effroyables, avec congestion de tou-

tes les parties de la région lombaire correspondante. Il peut y avoir une méningite spinale ou une myélite. Quand la maladie se prolonge, il y a d'autres altérations ; mais l'état aigu ne peut vous présenter que celles-là. La gangrène ne s'y observe presque pas.

Voici la base du pronostic : tant que la phlegmasie est circonscrite dans les reins, vous n'avez rien à redouter pour la vie du malade, puisqu'il ne peut succomber que par l'extension du phénomène de l'inflammation; mais vous pouvez craindre la chronicité, que vous évaluerez du reste par les signes suivans : si le malade a souffert des reins avant que l'affection se soit élevée à l'état aigu, s'il a eu des indices de calculs, vous avez plus de probabilité pour le passage de la maladie à l'état chronique que pour la guérison radicale; dans les conditions contraires, et surtout si la cause de la néphrite a été accidentelle, vous avez une chance opposée. Quand la maladie doit céder, ordinairement elle disparaît avec facilité, si elle est attaquée vigoureusement et qu'il n'y ait pas de noyau de chronicité. Mais, si ce noyau existe et qu'il y ait habitude de souffrance de l'organe, on peut calmer les phénomènes morbides; mais il reste toujours un point d'irritation.

Le traitement doit être essentiellement antiphlogistique. Les saignées générales sont indiquées d'abord, ensuite les saignées locales, qui

achèvent d'enlever la maladie. J'ai ainsi guéri, dans les armées, une grande quantité de néphrites, surtout de néphrites traumatiques, chez des soldats qui travaillaient à des fortifications, ou des ouvriers en charpenterie qui avaient fait une chute sur les reins, ou reçu un coup violent dans cette partie: une application de trente à quarante sangsues suffisait pour enlever la maladie en quelques heures. Ensuite on doit faire usage des cataplasmes émolliens, des bains, et pratiquer quelques onctions avec l'huile camphrée. C'est à peu près à cela, en y joignant les boissons émollientes, mucilagineuses, la diète et le repos, que se réduit le traitement de la néphrite aiguë. S'il y avait eu suppression d'une hémorrhagie, on chercherait à la rappeler, soit en appliquant des sangsues à l'anus chez une personne dont les hémorroïdes auraient cessé, soit en en posant à la vulve chez une femme dont les règles se seraient supprimées. Mais il ne faudrait pas se contenter de cela. C'est une faute que commettent encore bien des médecins, quand une inflammation viscérale succède à la suppression d'une hémorrhagie, que de ne s'occuper que de rappeler celle-ci, et de négliger l'organe enflammé. Il faut d'abord agir sur ce dernier, et commencer par le dégorger au moyen d'une forte saignée locale; ensuite on s'occupe du rétablissement de l'hémorrhagie, s'il ne se fait pas

de lui-même. La même faute se répète aussi trop souvent dans le traitement de l'hépatite chez les personnes hémorroïdaires auxquelles on se borne à appliquer des sangsues à l'anus.

Quand la maladie est domptée, on règle le régime comme nous le dirons pour l'état chronique. S'il se présente un abcès à l'extérieur, on doit en tenter la résolution, et, si elle ne peut être obtenue, favoriser la sortie du pus en temps opportun. Si la maladie ne se termine pas complètement et qu'il reste une tumeur, un empâtement, un endolorissement, avec pulsation dans la partie, il faut considérer cela comme un état aigu prolongé et persister dans l'emploi des petites saignées locales, répétées à différens intervalles, et auxquelles on fait succéder une couronne de cautères ou de moxas. Les bons effets que j'ai retirés de ces moyens me portent à vous les recommander, et j'y suis engagé par un fait tout récent. Il m'est mort dernièrement un malade avec une affection chronique suppuratoire du rein, qui avait acquis un volume énorme et se trouvait rempli d'une matière purulente sécrétée par plusieurs foyers. Cette matière avait autour d'elle une substance cérébriforme que, si elle eût été seule, les ennemis de l'irritation n'auraient pas manqué de considérer comme en étant indépendante. Mais l'injection sanguine qui se voyait a l'entour, et le pus dont elle était entremêlée dans certains endroits, ne

permettaient pas de douter qu'elle ne fût l'effet de l'inflammation. Celle-ci, après avoir été aiguë et douloureuse, était devenue tout-à-fait indolente, puis avait plusieurs fois tenté de redevenir aiguë; mais je l'en avais empêchée par des applications de sangsues. Le premier jour où ce malade, qui était un député, arriva à Paris, j'ignorais qu'il eût une néphrite chronique; la sécrétion urinaire se faisait par un seul rein, et les urines étaient naturelles; rien de ce côté n'annonçait d'aussi graves désordres. Si ce malade, la première fois qu'il souffrit du rein, car il avait eu des attaques confuses de néphrite, s'était adressé à un médecin physiologiste, celui-ci l'aurait palpé soigneusement et l'aurait traité à fond de sa maladie. S'il l'eût seulement consulté avant que le noyau inflammatoire négligé eût produit de trop graves altérations, celles-ci eussent pu être prévenues. Il faut examiner avec une sévère attention ces sortes de cas. J'ai dû vous faire cette même recommandation par rapport aux affections chroniques de l'ovaire, et je ne saurais trop vous la répéter; car on commet beaucoup de fautes en médecine par omission, légèreté, précipitation. Ces sortes d'états chroniques doivent être scrutés avec beaucoup de soins et poursuivis avec persévérance, surtout si l'on remarque que les moyens que l'on emploie sont suivis d'une amélioration progressive.

Occupons-nous-en particulièrement : demandons-nous d'abord quels sont les endroits du rein où l'anatomie pathologique nous apprend que l'inflammation persiste après l'état aigu.

C'est d'abord la substance extérieure ou corticale dans laquelle dominent les vaisseaux sanguins : la phlegmasie peut y demeurer fixée, avec ou sans kyste, sous forme d'induration rouge. Cette forme est même la plus commune.

Il peut se faire une ulcération sur la surface extérieure du rein, après le détritus d'une phlegmasie partielle.

Les calices ou le bassinet, les uretères eux-mêmes, peuvent concentrer sur eux l'inflammation, et rester dans un état catarrhal ou devenir ulcéreux. D'autre part, un organe sécréteur ne peut être enflammé sans que ses canaux soient altérés dans leur action, et ses fluides dénaturés. Par conséquent, il peut se former dans le rein des calculs qui serviront à y rappeler l'inflammation, et qui entretiendront dans sa surface muqueuse une susceptibilité par laquelle les malades seront mis en rapport avec les moindres vicissitudes atmosphériques : ils seront à l'aise pendant la chaleur et souffriront pendant le froid.

Le rein peut être ramolli, suppuré, en détritus, et cependant les sécréteurs subsister assez pour fournir une urine purulente. S'il se trouve alors que l'uretère soit obturé, oblitéré, cette urine sera retenue, distendra le bassinet et, don-

nera lieu à un kyste qui pourra égaler en volume la tête d'un homme, et même aller jusqu'à contenir vingt et trente livres d'un fluide puriforme.

Cette inflammation chronique qui a lieu avec altération des mouvemens sécrétoires et qui s'accompagne d'une purulence lente, peut produire des désorganisations squirrheuses ou encéphaloïdes, qui ne sont toujours que la matière animale multiforme se présentant sous diverses apparences, gélatineuse, albumineuse, fibreuse, purulente, concrète, caséeuse, etc. Vous pouvez trouver toutes ces altérations dans le rein; mais l'inflammation en est toujours la base.

En somme, il peut à la suite d'une inflammation aiguë du rein mal guérie, en rester une chronique qui le désorganise sous une des formes sus-indiquées, ou bien cette inflammation chronique ne persistant pas au degré qui produit la désorganisation, porte son action sur les vaisseaux sécréteurs et leurs fluides, et produit une néphrite calculeuse.

Décrivons d'abord les symptômes du premier état, dont le député mentionné plus haut vous offre l'exemple. Le malade éprouve un sentiment de plénitude et de tension. Mais il ne faut pas trop se fier à ce qu'il dit; car il y a des malades qui ne se sentent pas, et d'autres qui se sentent trop. Il faut palper. S'il y a tuméfaction, plénitude, rénitence, endolorissement du côté affecté, urines troubles, purulentes, variant en

quantité, et si à cela se joignent des phénomènes sympathiques qui ressortent de temps en temps (car jamais une phlegmasie chronique ne reste au même degré, elle a toujours des alternatives de calme et d'exaspération), alors vous avez la présomption d'une altération organique, suite d'un état aigu. Si, au contraire, il n'y a dans la partie ni tuméfaction, ni empâtement, ni pesanteur, mais seulement un état de sensibilité des reins revenant de temps en temps, des douleurs plus ou moins permanentes dans les lombes, vous avez l'indice d'une irritation qui ne tend pas à se développer dans la masse du rein, mais qui existe dans sa substance nerveuse ou dans sa partie sécrétante, et qui peut aboutir à la forme calculeuse.

Les conséquences du premier état, si l'on ne parvient pas à détruire complètement l'inflammation, sont le développement d'une tumeur, quelquefois énorme, qu'on portera toute sa vie, et une altération sécrétoire du rein, sans calculs, ou bien l'explosion d'une phlegmasie des grands viscères. La tumeur, à force de se distendre, peut se rompre et se vider dans le péritoine; mais d'ordinaire elle ne se perce pas, parce qu'elle contracte des adhérences. S'il n'y a pas de tumeur ni d'endolorissement continuel, vous n'avez que des retours de douleurs, et de temps en temps des calculs qui se forment.

De la gravelle, ou néphrite calculeuse.

Quant au second état, ou à la forme calculeuse, nous dirons que les douleurs des reins rappellent toujours l'idée de calculs ; mais de la présomption à la certitude il y a loin : il faut qu'une personne ait une attaque de néphrite calculeuse bien prononcée et qui se soit terminée par la sortie d'un calcul, pour que l'on puisse être certain de l'existence d'une néphrite calculeuse; en effet, on rencontre des cas où il n'y a point de calculs, et où les douleurs sont aussi vives que s'il y en avait, et des cas où les malades peuvent avoir des calculs sans en rendre.

Traçons le tableau d'un accès de néphrite calculeuse, et commençons par admettre, comme chose certaine, que les calculs sont toujours l'effet d'une irritation des reins, et que souvent l'irritation génératrice de ces calculs est le résultat d'une crise de l'état fébrile dépendant d'une inflammation quelconque. Dans les maladies aiguës il arrive souvent de ces sortes de crises qui intervertissent ou dénaturent les sécrétions, qui les rétablissent brusquement d'une manière suractive ou morbide : quelquefois ce sont des pustules qui se manifestent à la peau, d'autres fois des flux bilieux qui se déclarent, des sécrétions muqueuses, des diarrhées...

ce peuvent être de même des calculs qui se forment. Un régime stimulant peut aussi les produire.

Un accès de néphrite calculeuse est ordinairement subit. Le malade pousse un cri, qui lui est arraché par une douleur pongitive dans le côté. Si c'est pendant la nuit, il est réveillé en sursaut, et se plaint comme d'un fer rouge qui lui traverse le flanc. Cette douleur cesse ou se calme un moment; mais elle se renouvelle bientôt, parce qu'elle est produite par l'effort d'excrétion du bassinet; elle se propage le long des uretères. Il s'y joint une disposition aux convulsions, une tendance machinale à se plier en double, des douleurs permanentes et lancinantes qui font jeter les hauts cris et qui se propagent dans la cuisse, dans le cordon du testicule chez l'homme, et au ligament rond de la matrice chez la femme. En même temps, chez les individus sensibles et nerveux, il y a production continuelle de vents et de gaz qui se dégagent à chaque instant, et sont expulsés avec impétuosité; ils ne peuvent rien garder, et vomissent quelquefois avec violence tout ce qu'ils ont dans l'estomac. Une expérience que j'ai faite plusieurs fois prouve combien la sympathie est forte : en déprimant les reins après que le calcul avait été excrété et que le vomissement avait cessé, je faisais reparaître le vomissement, de même que l'on fait reparaître une attaque d'hystérie chez une femme en

lui pressant le col de l'utérus. Cette expérience vaut bien, je pense, celles que l'on fait sur des animaux vivans. Il y a donc des gaz dans les intestins, de la tension, du météorisme, et nécessairement constipation. La nature des douleurs ne peut être décrite que par ceux qui les ont éprouvées. Comme je ne suis pas de ce nombre, il m'est impossible de vous rendre le pittoresque de leurs descriptions. Il n'y a pas, suivant eux, de douleurs aussi atroces que celle de la néphrite. Elles durent plus ou moins long-temps, se déplacent, suivent le trajet de l'uretère, et passent dans le pli de l'aine, où elles n'incommodent plus autant. Quand le calcul est tombé dans la vessie, les malades passent d'un état de souffrance extrême à un soulagement et à un état de bien-être inexprimable, au-dessus duquel il n'y a pas, disent-ils, de jouissance plus vive. Le lendemain, ou le surlendemain, le calcul se présente à l'orifice interne de l'urètre pour être excrété, et ne l'est pas ordinairement dès la première fois; il arrête le cours des urines, et occasione des douleurs plus ou moins vives; les malades font des efforts extrêmes pour l'expulser, et souvent ils rendent du sang; ces douleurs se font surtout sentir vers le bout de la verge... enfin le calcul sort. L'irritation qu'il occasione détermine quelquefois la cystite.

QUARANTE-QUATRIÈME LEÇON.

22 février 1832.

—

Messieurs,

Nous en sommes aux inflammations des reins, dont nous vous avons fait connaître les causes, les symptômes, la marche, la terminaison par suppuration, gangrène et état chronique, les désordres dépendant de l'affection locale et ceux résultant de sa dissémination. Nous avons vu que l'état chronique peut être primitif, et vous savez d'ailleurs, depuis long-temps, que l'origine chronique se voit aussi bien que l'aiguë dans toutes les maladies. Nous avons fixé votre attention sur les causes de cet état chronique, et sur ses deux formes principales : 1° l'état subinflammatoire, dont on ne peut pas bien déterminer la forme anatomique avant l'autopsie, mais qui est caractérisé par la tuméfaction, la sensibilité de l'organe, certaines sympathies, etc.; 2° la forme calculeuse, due à une irritation du

rein, dont la sécrétion est dépravée, et qui fournit une urine toujours prète à se décomposer. Cette irritation, cause première de tous les désordres, est prouvée par les causes, les symptômes et les résultats des divers traitemens, et peut s'exercer dans la substance du rein et dans le bassinet. Si l'on voulait attribuer les calculs à un principe particulier qui les engendrerait, ce serait une supposition inadmissible. Si l'on voulait en accuser l'asthénie, elle ne serait pas plus réelle.

Nous avons décrit l'accès de colique néphrétique et les effets qui résultent de la présence d'un corps étranger dans le rein. Cette complication est une addition à l'irritation habituelle de l'organe, et détermine des phénomènes nerveux et des souffrances inouïes.

Le calcul une fois sorti, le malade éprouve un grand soulagement. Mais il est possible que la cause qui l'a occasioné soit de nature à en produire d'autres. Voici les signes qui peuvent le faire présumer : il y a toujours un endolorissement dans la région des reins, dans les lombes; les douleurs se perçoivent surtout d'un côté, rarement des deux, et s'accompagnent d'un sentiment de pesanteur et d'un malaise indéfinissable que le malade ne peut vaincre; il éprouve souvent de la difficulté à se mouvoir dans son lit et à prendre certaines attitudes; il confond ses douleurs avec un état rhumatismal.

C'est qu'en effet ces malades ont souvent des rhumatismes, et il ne faut pas vous en étonner. Si vous étudiez les maladies avec un esprit philosophique, vous verrez que toutes leurs formes peuvent se changer les unes dans les autres, et que ce fait est le grand principe générateur des axiomes de la doctrine physiologique. Il peut se faire qu'un individu ait dans les reins une disposition particulière à la reproduction des calculs, et qu'il soit en même temps sujet à l'arthritis ou à la goutte, qu'il ait eu des attaques d'une inflammation aiguë ou chronique, ou d'un état subinflammatoire des articulations. Vous concevez que, lorsqu'il y a plusieurs siéges d'irritation dans un corps vivant, ils ne sont jamais tous également exaltés en même temps : l'irritation, la congestion, l'altération sécrétoire, en un mot, toutes les conséquences de l'état morbide ne se manifestent pas partout au même degré dans ce corps. Ainsi, un individu qui aurait en même temps une petite cystite chronique, un rein irrité, gonflé et sécrétant des calculs, le cœur un peu hypertrophié, ou un commencement de désorganisation dans ses valvules, le duodénum malade par suite d'écarts de régime, un tel individu ne souffrant pas toujours dans le même endroit, au même degré, croirait que son mal se transporte, qu'il est rhumatismal, mais se tromperait. Il ne faut pas être trop prompt à prononcer le mot de rhumatisme. Il y

a ici une distinction à faire : ou cet individu qui porte plusieurs points d'irritation a quelque chose d'indépendant et de fixe dans chacun d'eux, ou il n'y a qu'un point ou deux prédominans qui influencent les autres. Pour se prononcer à cet égard, il faut avoir acquis une grande habitude d'exploration dans une bonne clinique. Cela supposé, et votre malade étant sujet aux accès de coliques néphrétiques, si vous craignez pour lui la régénération des calculs et que vous vouliez en découvrir la cause, vous ferez abstraction de celle qui peut être inhérente au rein, et vous n'envisagerez pas ce malade comme ne pouvant être que calculeux. Cette idée d'une maladie unique chez lui serait tout-à-fait fausse. En effet, quand on a souffert long-temps d'un point d'irritation, on en a deux, cinq, dix, quinze, vingt, qui agissent les uns sur les autres, et augmentent jusqu'à ce que l'on succombe. Sans cela, l'homme bien organisé ne mourrait jamais avant cent ans. Ce n'est que par la multiplication des points d'irritation et par des détériorations successives qu'il arrive prématurément au terme de sa carrière, et ces points d'irritation ne se multiplient que parce que la médecine n'est pas assez physiologique, et qu'on ne s'attache pas assez à les détruire dès le principe. Je ne sais si ces observations ont été faites aux Invalides et à la Salpêtrière; mais, au Val-de-Grâce, où viennent mourir les vété-

rans de la garnison de Paris, je les ai souvent vérifiés.

Pour vous assurer si le rein est encore malade, il faut palper la région où il est situé, la déprimer, observer les variations des urines : elles sont troubles, rougeâtres et muqueuses quand les malades atteints de néphrite calculeuse n'en souffrent pas, tandis que, lorsqu'ils sont à la veille d'un accès, elles deviennent claires. Mais il ne faut pas vous fier à ce qui dépend de la sensibilité, qui est le phénomène le plus variable et le plus trompeur de la pathologie.

Quelles sont les conséquences de cette espèce de néphrites? Elles vont faisant des progrès, surtout si les malades n'observent pas de régime. On pourrait entreprendre de vous les décrire d'une manière absolue et indépendante ; mais moi, je ne le puis, parce qu'elles sont la maladie des riches, des gens qui font bonne chère, surtout des vieillards robustes, et que cette classe de personnes use des stimulans et des modificateurs nuisibles de manière à fomenter des points d'irritation, à perpétuer leur mal et à désordonner sa marche. Cette maladie est tellement rare chez les pauvres, que, s'il fallait en tracer l'histoire d'après des observations recueillies chez eux, on n'en trouverait pas un assez grand nombre d'exemples pour s'en faire une idée.

On souffre plus ou moins long-temps des attaques répétées de cette maladie, en rendant

des urines calculeuses. Il arrive quelquefois que les calculs deviennent abondans, volumineux, ne sortent plus de la vessie, et que, pour les extraire, il faut avoir recours à des opérations, après lesquelles les opérateurs ne peuvent pas vous répondre de la guérison. Si les malades continuent de rendre des urines troubles, jumenteuses, et d'éprouver de la pesanteur dans les reins, on peut dire qu'ils ont été délivrés de leurs calculs, mais non pas de la cause qui les produit. Cependant on peut vivre long-temps avec cette affection, surtout maintenant que les procédés chirurgicaux sont très perfectionnés. Du reste, on ne meurt pas par les reins seulement, mais par une gastrite, ou par une congestion pulmonaire, ou par une gastro-entérite, en un mot, par le développement d'une phlegmasie viscérale aiguë. Tel a été le sort de ce député dont je vous ai parlé plus haut, qui portait une affection du rein sans qu'il y eût production de calculs : il mourut avec les symptômes d'une fièvre adynamique, qui n'était qu'une gastro-entérite horrible, et, à sa mort, on trouva une destruction de la membrane muqueuse de l'estomac et d'une grande partie des intestins grêles. Quand nous vivons avec un point de phlegmasie, il part de ce point des influences qui tendent sans cesse à en exciter une semblable dans les principaux organes, et qui la reproduisent jus-

qu'à ce que nous ayons cessé d'être propres à éprouver le phénomène de la résolution.

Lorsqu'on ouvre les sujets qui ont passé par ces dégradations, le plus souvent on trouve le rein qui a été malade, et quelquefois les deux reins volumineux, très injectés de sang; puis, à l'intérieur, dans le bassinet, un dépôt d'urine contenant des graviers, une sorte de catarrhe, des kystes, une dégénérescence encéphaloïde, résultant de l'état aigu devenu chronique, et quelquefois l'uretère du côté correspondant gonflé, altéré, épaissi, contenant des fausses membranes et des dégénérations tuberculeuses, souvent des traces de l'affection dans les glandes surrénales. On a vu des personnes avoir dans un rein un calcul d'une grosseur énorme. Je possède celui d'une femme qui le porta quinze à vingt ans, de la grosseur du poing, branchu, anguleux, se prolongeant dans l'uretère par un de ses angles, et paraissant formé de phosphate calcaire et d'urée. On a vu des reins être désorganisés et comme déchirés par l'effet d'un calcul. Quelquefois la colonne vertébrale se trouve aussi affectée consécutivement. Il y a beaucoup de variétés dans ces altérations, je ne vous indique que celles qui sont fondamentales. Ensuite viennent les traces des maladies qui tuent les malades, les traces de la gastrite, de la péritonite, de la gastro-entérite, de la congestion cérébrale, de l'affection du cœur, etc.

Il ne faut pas plus mettre ces altérations au nombre des attributs de la néphrite, qu'il ne faut mettre la néphrite sur le compte de ces altérations. C'est le phénomène de l'inflammation qui se répand dans plusieurs organes et désorganise chacun suivant son tempérament.

Je réclame toute votre attention pour le pronostic. Les néphrites chroniques qui succèdent aux néphrites aiguës offrent encore des chances de guérison, quoiqu'il y ait de la fièvre et de la douleur, si le phénomène de l'inflammation n'est pas très développé dans le rein, et si l'on peut croire que la persistance de la maladie dépende de ce qu'elle n'a pas été traitée convenablement ou enlevée complètement. C'est là le premier fait à constater pour porter son pronostic. Ensuite il faut voir s'il n'y a pas dans quelque autre viscère une complication d'affection chronique qui rend la marche de la néphrite moins franche. Lorsque la tumeur est bien prononcée dans la région du rein, qu'il y a une petite fièvre, des urines chargées, fétides et purulentes, des douleurs fortes qui se prolongent dans le côté, redoublement de fièvre hectique le soir, qu'à cela se joignent des signes d'irritation des voies digestives, et que cet état a résisté au traitement antiphlogistique, vous avez à craindre plusieurs genres d'altérations, des abcès, des dégénérations kysteuses, cancéreuses (je vous dirai plus tard toute ma pen-

sée sur le cancer, maladie dont on a exagéré le danger parce qu'on ne l'a pas analysée ou décomposée, et que jadis on la respectait), des ulcérations tellement avancées qu'on n'en puisse venir à bout. Lorsqu'il y a une grande exaltation de la sensibilité, beaucoup de douleurs et de phénomènes nerveux, et qu'on ne sent pas de fluctuation, on peut soupçonner un corps étranger, un calcul volumineux, ce qui est un cas fâcheux et peut entraîner une suppuration et une désorganisation considérable. Il est vrai que la nature l'élimine quelquefois; mais je ne me permettrai pas de dire jusqu'à quel point l'art peut imiter la nature. Quand vous aurez constaté, autant que cela se peut, l'existence de ce calcul, et que vous n'aurez pu, par le traitement le plus rationnel, le faire disparaître ou annuler les mauvais effets de sa présence, ce sera d'un mauvais augure: tôt ou tard le foyer d'irritation qu'il entretient pourra occasioner une phlegmasie dans les principaux viscères et entraîner la mort. Si au contraire ce foyer d'irritation diminue sous l'influence du traitement, et si vous voyez le malade ne souffrir qu'à proportion des fautes qu'il aura commises, ce sera d'un bon augure. Supposez-vous médecins physiologistes, et, lorsque vous verrez que le rein se dégonfle, que les urines sont de moins en moins chargées, qu'il n'y a pas trop de douleurs, mais que, quand le malade prend

trop d'exercice et qu'il mange trop, de suite il souffre davantage, qu'il n'y a point de gastrite, point de cardite, etc., vous vous direz : il existe une disposition au retour de la phlegmasie du rein ; mais, avec le temps, si j'obtiens du malade la confiance nécessaire, je le guérirai... Cela résume tout.

On parle de douleurs rhumatismales des reins, d'affections glaireuses des reins, de mucosités qui farcissent les voies urinaires des sujets de constitution lymphatique... Il faut tâcher de réduire cela à des phénomènes plus nets et plus précis. Quand vous voyez ces douleurs et ces urines glaireuses revenir à l'occasion du froid, vous pouvez être sûrs qu'il existe une irritation du rein, et que cela n'est point l'effet de l'atonie, d'un principe ou d'une humeur qui, ne pouvant trouver d'issue par la peau, se jette sur les reins, mais que c'est le rein, trop sensible encore et dans un état de phlegmasie chronique, qui est forcé à un excès d'action quand celle de la peau diminue. Vous déciderez ensuite si la phlegmasie est pure et simple, et s'il y a probabilité de la permanence d'une épine que vous ne puissiez enlever.

Le pronostic des reins dégénérés en kystes est pareil à celui des gros ovaires, c'est-à-dire l'incurabilité; mais on peut y apporter du soulagement en prescrivant au malade de se conformer aux règles hygiéniques. Toutes les fois qu'un malade

porte un point de phlegmasie chronique indestructible, vous devez toujours avoir au fond de l'esprit qu'il peut devenir aigu, et que votre tâche est de l'empêcher de s'étendre. Vous aurez beau feuilleter les livres de médecine, il faudra toujours que vos idées rentrent dans ce précepte. Quant aux calculs, on a peu d'exemples que la nature n'ait pas suffi à leur expulsion, à moins qu'ils ne soient très volumineux; mais ces cas sont rares: peut-être même dépendent-ils de ce que les malades n'ont pas éprouvé de souffrances suffisantes pour aider la nature dans l'élimination de ces calculs. Il ne faut donc pas désespérer d'un homme qui a des attaques de coliques néphrétiques dépendantes de cette cause; seulement vous ne pouvez fixer un terme à ses souffrances. Il y a des malades qui souffrent plusieurs jours, d'autres quelques heures seulement, et d'autres qui ne souffrent point du tout.

On a vu des cas dans lesquels des calculs arrêtés dans le trajet des uretères y ont produit un dépôt par lequel ils se sont fait jour.

On a parlé d'autres cas d'inflammations de la vessie occasionées par l'obstacle que cet organe opposait à l'entrée des calculs; mais on les a plutôt exposés théoriquement que constatés. Pour mon compte, je n'ai connaissance d'aucun fait de ce genre.

Tant que la douleur se fait sentir dans le rein, vous pouvez présumer que le calcul n'en est pas sorti; quand elle suit le trajet de l'uretère, il est probable que le calcul est dans ce canal; quand elle se propage à la cuisse et jusque dans la fesse, et que le malade se sent comme disloqué, vous pouvez dire qu'il est à l'extrémité de l'uretère, au petit crochet que ce canal décrit pour arriver dans la vessie; quand il est descendu dans celle-ci, le malade ne souffre plus. On ne peut prédire l'époque à laquelle le calcul sera expulsé de la vessie; il peut y rester quelques jours, et même n'en pas sortir. Cependant il est possible d'établir quelques présomptions, en ayant égard à l'état des organes: les personnes nerveuses, qui ont le canal de l'urètre étroit, endurci, pour avoir éprouvé plusieurs urétrites, rendront difficilement les calculs; celles qui l'ont large les expulseront sans difficulté; les femmes s'en débarrasseront plus facilement que les hommes.

Les calculs sortis, on ne peut dire au malade s'il en aura ou n'en aura pas d'autres. Mais j'ai acquis la certitude qu'il est possible d'en prévenir le retour chez les personnes qui ont éprouvé dans une année deux ou trois attaques de néphrite, et voici comment: si ces personnes, après une attaque de néphrite calculeuse, se soumettent à un traitement convenable observé exactement pendant une année

entière, elles passent quinze à dix-huit mois sans en éprouver de nouvelle attaque. Au bout de ce temps, elles se rassurent, elles reprennent leur régime stimulant, et, en quelques semaines, un nouveau calcul se forme: car il ne faut pas un long temps pour cela. On ne peut pas supposer que ce calcul ait mis quinze ou dix-huit mois à se former. D'ailleurs, en suivant les règles de l'hygiène, on en prévient pour toujours la formation.

Les néphrites chroniques, suites de l'état aigu, se traitent comme l'état aigu, tant qu'il y a inflammation manifeste tenant du phlegmon. On proportionne, bien entendu, l'activité des moyens à la force des individus. Ensuite on se confie au régime, aux moyens d'action locale propres à détourner l'inflammation, aux ventouses scarifiées, aux cautères, aux moxas, aux suppurations prolongées, aux tissus de laine appliqués sur la peau, à tout ce qui peut rendre l'action de celle-ci prédominante sur celle des reins, et aux boissons aqueuses et mucilagineuses. Mais gardez-vous de pousser le traitement antiphlogistique jusqu'au point de donner à vos malades des indigestions d'eau. Je vous ai dit, au sujet du traitement de la gastrite partielle, que, l'usage prolongé des émolliens entraînant le canal digestif dans l'inertie, il fallait stimuler suffisamment cette partie pour nourrir le malade, et ne pas le laisser tomber dans un état de sous-exci-

tation dont il pouvait être ensuite très difficile de le relever. Vous ne devez pas seulement avoir en vue le rein. Il est prouvé que le régime végétal, les viandes blanches, les alimens féculens et lactés, empêchent le retour de la néphrite, le retardent au moins de plus en plus chez les personnes qui sont habituées à cette affection, et diminuent les souffrances de celles qui sont sujettes à la gravelle. Mais ce n'est pas à dire qu'il faille pour cela pousser jusqu'au dégoût l'usage des substances aqueuses, et jeter l'estomac dans la langueur. Ce n'est pas là la médecine physiologique. Il faut approprier les modificateurs à l'état des organes, aromatiser les alimens, quand cela est nécessaire, en donner de plus substantiels, etc., avec la restriction toutefois de ne point produire de gastrite, parce qu'elle retentirait sur les reins. Tout cela rentre dans le simple bon sens, et notre méthode se réduit aux saignées locales, aux exutoires, aux boissons émollientes, au régime doux suffisamment nutritif, aux moyens d'appel à la peau, à quelques calmans en petit nombre et à doses modérées. Il ne faut pas abuser de l'opium, qui, pris en grande quantité, diminue les urines et échauffe les reins. Il vaut mieux avoir recours aux onctions d'huile camphrée, aux lavemens émolliens légèrement camphrés. Il faut prescrire le repos, interdire les marches pénibles et les plaisirs vénériens. Quand il

existe des corps étrangers ou des désorganisations profondes, si l'on ne peut guérir, on doit chercher au moins à adoucir les souffrances autant que la constitution détériorée le permet.

Si la néphrite chronique est primitive et ne mérite que le nom d'irritation rénale, si elle n'a pas occasioné de désorganisation, et si elle ne cause pas de fièvre, presque toujours vous pouvez vous en rendre maîtres au moyen du traitement antiphlogistique.

Disons un mot du traitement qui convient aux attaques de néphrite. Quand un homme qui se porte bien éprouve tout-à-coup une de ces attaques, la saignée générale convient, s'il est robuste; et, en effet, c'est souvent quand il est robuste qu'il est pris de cette maladie. Mais il ne faut pas se contenter d'une saignée générale; il faut encore couvrir la région du rein de sangsues, qui diminuent la congestion, qui calment l'état nerveux, qui facilitent la descente du calcul, qui rétablissent la sécrétion de l'urine; car celle-ci est utile pour la sortie du calcul : c'est à la faveur du petit courant de liquide que sécrète le rein que ce calcul peut se détacher. Voilà pourquoi les boissons aqueuses sont utiles. Mais vous pouvez avoir affaire à une complication. Nous avons vu que le rein agit puissamment sur l'estomac et peut y déterminer des contractions spasmodiques, des dévelop-

pemens de gaz, des douleurs; si l'individu est disposé à la gastrite, il n'en faut pas davantage pour la faire éclater. Gardez-vous donc de vous attacher trop exclusivement aux reins et de négliger les autres organes, et commencez par attaquer cette première complication. S'il s'en présentait une autre, si, par exemple, il y avait une congestion pectorale ou cérébrale, vous agiriez de même, et ensuite vous ne vous occuperiez que du rein. Les bains prolongés sont un excellent moyen pour faciliter la descente du calcul. Il en est de même des lavemens émolliens, des onctions d'huile camphrée et des boissons préparées avec la guimauve, la graine de lin, la pariétaire, avec les substances qui contiennent un principe nitreux et un léger arome, et qui facilitent le cours des urines. Ne vous servez pas de diurétiques trop forts, comme du fraisier, de l'arrête-bœuf, de la scille; choisissez toujours les plus simples. Si le malade a des vomissemens, on les calme par les narcotiques en lavemens, et l'on tâche de ramener l'estomac à pouvoir supporter les infusions de fleurs de guimauve, de violette, les décoctions d'orge édulcorées avec le sirop d'orgeat, les boissons émulsionnées. Si cependant, car il faut tout supposer, après ces moyens, le calcul n'avance pas, n'y en a-t-il pas de plus actifs pour faciliter sa descente? Oui, les diurétiques forts; mais il faut que les voies gastriques soient

disposées à les rececoir, et que la pléthore ait été détruite. C'est alors que les eaux de Contrexeville ont du succès, et que l'on peut prescrire les pilules de savon incorporé à un mucilage et à la poudre de réglisse, le bicarbonate de soude dissous dans l'eau ou en pilules (celles de Darcet), le savon de Venise, un alcali incorporé à un mucilage, etc. On a multiplié les formules; mais des médecins les ont réduites à la plus simple de toutes, au bicarbonate de soude dissous dans l'eau. En en faisant prendre des doses excessives avec une grande audace, sans s'inquiéter de l'estomac, ils ont communiqué un fort stimulus aux voies urinaires et ont obtenu des succès; mais, à côté de ces succès, il y a eu des revers terribles. J'ai vu de ces personnes, que l'on avait ainsi bicarbonisées, mourir de gastrite, avec des reins rouges comme du feu, et contenant une énorme quantité de graviers. Je puis vous citer l'exemple du beau-père d'un savant, ancien notaire et homme de poids dans la société, dont on a publié la guérison, après lui avoir fait prendre des doses énormes de bicarbonate de soude, qui l'ont en effet délivré de ses calculs, mais que j'ai vu mourir peu de temps après d'une gastro-entérite des plus violentes avec symptômes cérébraux, que nous n'avons pu arrêter. Nous lui avons trouvé une désorganisation considérable de la membrane muqueuse gastro-intestinale, et le rein

gauche gonflé et horriblement enflammé. Voilà les guérisons que des journaux publient dans l'intention de célébrer un remède! Il en est de même de l'huile essentielle de térébenthine, du pareira-brava, de l'uva-ursi, et de tous les puissans diurétiques dont on a rarement besoin, et dans l'usage desquels on ne saurait mettre trop de circonspection. Pour moi, je me borne aux eaux de Contrexeville, aux pilules savonneuses et au bicarbonate de soude à doses modérées, quand le traitement antiphlogistique a été suffisamment employé, et que je n'ai rien à redouter de la part des organes digestifs.

Le calcul descendu, il faut préserver le malade de la cystite, qui peut se déclarer consécutivement. On continuera d'abord les boissons adoucissantes pour prévenir l'irritation du col de la vessie, qui retient plus ou moins long-temps ce calcul, lequel grossit pendant ce temps. S'il y avait une inflammation déjà toute formée de la vessie, vous la combattriez directement par les moyens indiqués à l'article qui la concerne. Si, après cela, le calcul se présente sans succès et ne peut traverser l'urètre, vous examinez s'il n'y a pas de rétrécissement, s'il ne faut pas cautériser ou dilater. Quand vous serez parvenus à faire entrer dans la vessie une sonde de quatre à cinq lignes de diamètre, le calcul passera, et vous aurez évité une opération dou-

loureuse et souvent dangereuse. Vous avez, au reste, les divers procédés chirrugicaux d'extraction et de lithotritie pour les cas où il reste engagé dans l'urètre. De quelque manière qu'il soit sorti, vous avez ensuite à veiller à ce que la maladie ne se reproduise pas, en ayant toujours l'œil sur l'organe où était son siége et sur les viscères. Si vous savez en cette occasion, comme en toute autre, reconnaître la manière dont la maladie est produite et y obvier, vous verrez que les plus grands succès en médecine viennent de l'étude des causes. Ainsi, vous règlerez le genre de vie du malade : s'il est jeune et s'il n'a pas d'affection organique, il n'est pas nécessaire de beaucoup de précautions pour le préserver du retour de sa gravelle. Parmi mes cliens, il s'en trouve qui, depuis quinze ou dix-huit ans, étaient en proie à des attaques de néphrite se répétant deux ou trois fois par an, et qui s'en sont délivrés au moyen des précautions hygiéniques. Ce n'est donc pas chose impossible que d'empêcher la régénération des calculs. En l'empêchant, vous prévenez les irritations dont je vous ai parlé.

Quant aux personnes de constitution lymphatique, qui rendent des graviers dans des urines glaireuses sans avoir eu d'attaques de néphrite, qui éprouvent de la pesanteur dans les reins et dans la vessie, qui ont beaucoup souffert de douleurs rhumatismales, et particulièrement du lombago, et que l'on conseille de traiter par l'usage

soutenu des diurétiques chauds, voici mon opinion fondée sur quatre faits attentivement observés dans ma pratique. Lorsqu'on les fait persister dans l'emploi de ces moyens, il se déclare une phlegmasie viscérale au bout d'un certain temps, pour peu que les circonstances la favorisent, parce que ces diurétiques portent directement l'irritation dans l'estomac et le duodénum, ou qu'ils font faire plus de sang qu'à l'ordinaire et engendrent la pléthore. Savez-vous qu'en forçant ainsi l'action des organes digestifs, on peut faire prendre à une personne de l'embonpoint, changer sa constitution, la rendre pléthorique et la conduire à un état de phlegmasie aiguë? C'est ce qu'on voit arriver à la suite des affections chroniques, quand on insiste sur l'alimentation substantielle et sur les stimulans. Je ne savais cela que d'une manière générale ou implicite; mais l'expérience me l'a appris directement. Ainsi, voilà plusieurs raisons qui doivent vous engager à ne pas conduire vos malades à un état de pléthore. Vous me direz que celle-ci peut être détruite par les saignées! D'accord; mais vous produisez, en attendant, un éréthisme nerveux que vous ne guérissez pas ensuite aisément, et, d'un autre côté, il est certain que, quand on vit long-temps en pléthore, les parois du cœur se durcissent et tendent à l'hypertrophie, et que vous avez beau soustraire du sang, il vous reste toujours une

irritations des solides que vous ne calmez que très difficilement. Ne vous flattez donc pas de vous rendre maîtres de la pléthore et de ses conséquences, et, plutôt que d'insister, dans la néphrite, sur l'emploi forcé des diurétiques, agissez à l'extérieur, faites porter des vêtemens de laine, ordonnez des frictions sur la peau, des frictions aromatiques, surtout faites habiter les pays chauds, et dispensez vos malades d'exercice. Il y a beaucoup de choses qui n'ont point été dites relativement à l'exercice dans les maladies chroniques : on le recommande en général trop vaguement. Il est sûr que la lassitude des muscles lombaires exerce sur les reins des personnes affectées de néphrite une action défavorable. On ne doit donc leur prescrire qu'un exercice très modéré. Celui même de la voiture et du cheval doit être pris avec précaution. Agissez sur la peau, entretenez la transpiration, pratiquez quelques rubéfactions, quelques vésications extérieures, ne prodiguez pas les cantharides, qui portent leur action sur les reins, et, du reste, rapportez-vous-en au temps pour corriger ces dispositions muqueuses ou glaireuses du rein.

QUARANTE-CINQUIÈME LEÇON.

24 février 1832.

—

Du diabète.

Messieurs,

Ayant terminé les inflammations des organes urinaires contenus dans l'abdomen, nous avons à nous occuper d'une maladie qui, s'y rattache et qu'on nomme diabète.

Le diabète consiste dans un flux d'urine qui surpasse la quantité des boissons que l'on prend. Il est sucré ou non sucré. Bien que celui-ci ne soit pas extrêmement commun, j'en ai cependant rencontré des exemples. Il consiste dans des urines extrêmement abondantes, mais normales, qui contiennent de l'urée, du phosphate de chaux, et qui ont l'odeur ammoniacale.

Cette maladie dépend ordinairement d'une irritation des reins, et se rattache à l'une des affections que nous avons décrites. Nous

n'avons donc rien de particulier à dire de son étiologie, sinon qu'elle peut être simulée en buvant une grande quantité d'eau, ce qu'il est bon de savoir pour n'être pas dupé, surtout dans nos hôpitaux militaires, où nous la rencontrons quelquefois dépendante de cette cause. Il faut faire alors l'analyse des urines, et examiner s'il n'y a pas de maladie du rein.

Quant au diabète sucré, c'est une affection qui n'est pas aussi claire, quoique bien constatée. Nous en avons eu dernièrement un exemple remarquable au Val-de-Grâce. Il se reconnaît à une sécrétion abondante d'urines troubles, semblables à du petit-lait, contenant peu de substances animales, presque pas d'albumine, point de phosphate, tout au plus du muriate de chaux, aucun acide libre, et surtout point d'urée. On en retire, par les procédés chimiques et par l'évaporation, une matière sucrée, dont la saveur se rapproche de celle du miel, ou plutôt de la mélasse; car le miel a un arome que ne présente pas le sucre du diabète.

Cette maladie s'observe dans les latitudes froides et humides, et non dans les latitudes chaudes; elle affecte surtout les personnes qui ont déjà été irritées par une maladie antérieure, et se déclare après une impression subite du froid, un excès de liqueurs spiritueuses ou de liquides fermentés, doux, sucrés, comme la bière, ou à la suite des excès vénériens. On pourrait supposer

que la force animalisante est en défaut chez les sujets affectés de cette maladie; mais cela n'est pas suffisamment prouvé. Nous avons vu des hommes doués d'une bonne constitution tomber dans le diabète sucré après avoir subi l'influence des causes que nous indiquons. On remarque que le régime purement végétal et l'abstinence complète de toute matière animale concourent à sa production. et c'est pour cela sans doute que plusieurs auteurs l'ont considéré comme une maladie primitivement humorale. Quoi qu'il en soit, cette altération des fluides qui les présente dans un état sous-animalisé, est souvent produite par des causes irritantes, et se manifeste par des symptômes d'irritation, ainsi que vous l'allez voir. Les malades éprouvent une très grande soif, avec un sentiment d'ardeur à la gorge; ils ont une propriété d'assimilation très prononcée; ils digèrent et absorbent en grande quantité, non seulement les liquides, mais encore les solides; ils font disparaître les alimens avec une promptitude surprenante et ont une sorte de faim canine; souvent il se joint à cela un état de fatigue, de lassitude, de dépérissement, de tristesse, d'aridité et de sécheresse de la peau, un défaut absolu de transpiration; les malades ont des nuits agitées, et ressentent souvent des douleurs dans les lombes, comme il arrive aux personnes qui tendent à tomber dans un état de consomption et de marasme; quand on les

abandonne à eux-mêmes, ils rendent une quantité d'urines considérable, surpassant pour l'ordinaire celle des boissons qu'ils prennent: ainsi, le malade prenant dix litres de boisson, rendra douze à quatorze litres d'urine. On a été obligé de supposer que, dans ce cas, il y a absorption de l'humidité de l'atmosphère pour fournir des matériaux à cette sécrétion surabondante, sans quoi les malades tomberaient en peu de jours dans la consomption. Ils y tombent néanmoins, même avec rapidité, ainsi que nous l'avons constaté le mois dernier sur le malade dont je viens de vous parler, et qui, après plusieurs excès de différens genres, en femmes, en alimens, en liqueurs spiritueuses, s'était jeté dans l'abus de la bière.

Je ne sache pas que l'on ait établi dans les autopsies une distinction suffisante de l'état des différens organes. Il est certain qu'il y a dans le diabète une activité nervoso-vasculaire excessive, puisque les malades sont dévorés par la soif, et que, s'ils ne buvaient pas, leur estomac passerait à l'état inflammatoire (1). Cette excitation ne laisse pas de traces, ou, quand on en trouve, elles se réduisent à une certaine rougeur et à une injection de la surface interne et de la sub-

(1) La perte des liquides suffirait pour causer la soif; mais cela n'empêche pas que l'excitation de la soif ne puisse se changer en phlogose, soit dans le pharynx, soit dans l'estomac.

stance des reins. Je crois, du reste, que ces autopsies sont à refaire avec les données de la doctrine physiologique; car, s'il y a défaut d'animalisation des urines, vice d'assimilation, et formation rapide des liquides sécrétés en excès, il y a aussi des phénomènes appartenant aux solides, une plus grande mobilité d'innervation et de circulation capillaire, en un mot, une suractivité nervoso-sanguine qui peut laisser des traces. Quelques sujets ont présenté dans les reins un calcul, ou un abcès, ou quelque chose qu'on a pu considérer comme l'épine irritante de Vanhelmont. Chez d'autres, on a cru ne devoir s'en prendre qu'à l'activité excessive de l'estomac: en effet, la soif que les malades éprouvent dans ce cas est une chose qui doit fixer l'attention, et il serait curieux de savoir si elle tient à un état d'irritation gastrique ou si elle est l'effet de la spoliation des fluides séreux du sang par le rein. Ce dernier cas est le plus probable; mais il ne faudrait pas croire que certaines nuances d'irritation primitive de l'estomac ne puissent agir sur les reins de manière à augmenter leur activité. Ce qu'il y a de certain, c'est que nous avons dans la matière médicale des substances stimulantes qui, en titillant l'estomac, excitent et font agir les reins avec une grande promptitude; tandis que nous en avons d'autres qui sont fades, inertes, et qui, déposées dans un estomac à l'état normal,

y stagnent, y restent long-temps sans être absorbées, et font éprouver un sentiment de pesanteur ; pour peu que l'individu soit débile, lymphatique, il éprouve des indigestions ou des vomissemens de ces boissons, ou bien il a une diarrhée qui l'en débarrasse. Si vous y ajoutez un montant, un arome, une substance aromatique, comme l'anis, le fenouil, ou du nitre, de l'éther, de l'alcool nitreux, ou un léger acide, comme celui du citron, de suite elles parviennent aux reins, et sont excrétées avec facilité. Il y a donc un rapport entre la stimulation de l'estomac, l'activité que cet organe reçoit de la part des *ingesta*, et celle qu'éprouvent les reins. Une chose serait à faire si l'on avait occasion d'ouvrir un diabète : ce serait d'analyser ses chairs comparativement à celles d'un autre individu du même âge, non atteint de diabète, pour voir si la matière animale se trouve en moindre proportion dans ses solides; car on pourrait supposer qu'elle s'y accumule en plus grande quantité, le chyle et le sang n'en fournissant point aux urines. Cela n'a point été déterminé et serait intéressant à savoir.

Le pronostic de cette maladie, quand elle est prise de bonne heure, n'est pas aussi funeste qu'on se le figurait autrefois.

Il faut convenir qu'en cette occasion la chimie a rendu service en faisant voir que l'urine ne contenait pas de matières animales, ce qui a

porté à conclure qu'il n'y en avait pas assez dans le corps et qu'il fallait y en ajouter : pour cette fois les inductions chimiques ont été réalisées. Il convient en effet de faire prendre des boissons animalisées, telles que le lait, les bouillons de veau et de poulet, qui sont avantageuses, surtout dans le commencement, s'il y a trop de soif. Vous me demanderez si les saignées peuvent trouver leur place dans cette affection. Je le crois. Lorsque le diabète débute après des excès qui sont de nature à stimuler fortement l'estomac, qu'il y a de la chaleur avec consistance, et plus ou moins de fréquence dans le pouls, et que les sujets ne sont pas amaigris, je suis fondé à croire, d'après des observations qui me sont propres, que les sangsues à l'épigastre peuvent arrêter la maladie. Hors cette circonstance, il ne paraît pas qu'elles soient utiles. A la région lombaire et sur les reins, elles ont été avantageuses. M. Gasc, dans le service duquel se trouvait ce diabète dont je vous ai parlé, en a fait un heureux emploi, et son observation va être publiée incessamment dans les *Annales de la médecine physiologique*. Il a mis sur les reins des ventouses scarifiées, qui ont à l'instant diminué le malaise, les fatigues, les douleurs, la faiblesse des lombes. D'ailleurs il est de fait que les saignées diminuent les urines, déterminent un changement de direction des fluides : c'est donc un moyen auxiliaire qui peut être avantageux, mais dont il faut

se garder de faire usage si le malade est arrivé au marasme. Ainsi, on aura recours aux boissons animales, au lait, aux bouillons de veau ou de poulet, et, s'ils ne suffisent pas, au bouillon de bœuf. On a surtout conseillé l'usage du vin; mais le point principal est la nourriture animale. S'il existait une irritation dans l'estomac, on commencerait par les viandes blanches, que l'on donnerait sans pain; ensuite on viendrait à celles de mouton et de bœuf, qui sont les mieux appropriées à cette affection et qui conviennent surtout quand l'appétit et l'assimiliation sont actifs, quand le malade éprouve une faim canine et qu'il est nécessaire d'arrêter l'estomac par des alimens fibreux et résistans. On a vanté le sang, le boudin, le foie, le gibier, qui, en effet, sont souvent utiles. Un point assez important, c'est de ne pas laisser boire le malade autant qu'il le désire, parce que l'eau entretient la sécrétion des reins. Il ne faut cependant pas le priver d'eau au point que les matières animales puissent surirriter l'estomac; car l'économie passe aisément d'un état de sous-excitation à un état opposé, *et vice versâ*: il importe beaucoup de se pénétrer de cette idée et de ne point poursuivre avec opiniâtreté une affection quelconque comme toujours identique. Une autre attention, c'est d'exciter la peau, de ranimer son action au moyen des bains de vapeur, si le sujet est fort et qu'il n'ait pas de propen-

sion aux congestions à la tête; car l'application du calorique à la peau peut en produire, surtout chez les personnes qui ont la circulation active ou le cœur hypertrophié. Les bains stimulans, sulfureux, aromatiques, conviennent parfaitement, ainsi que les frictions de même nature que ces derniers. On a de plus conseillé les substances qui tendent à supprimer les sécrétions, à ralentir l'impulsion du cœur, telles que le sous-acétate de plomb, le sulfate de fer, et surtout le sulfate de zinc, que l'on a considéré comme anti-spasmodique, les décoctions tannantes d'écorce de chêne, de sumac, de bistorte, de tormentille. Tous ces moyens peuvent être employés; mais ils ne sont pas fondamentaux. Il faut aussi faire porter de la laine sur la peau. Pour les personnes riches, le moyen le plus efficace est de se transporter dans les pays chauds, surtout si la maladie a récidivé et s'il y a une action extérieure continue qui entretienne la supersécrétion du rein. Le même précepte est applicable aux autres supersécrétions intérieures.

Des inflammations des tissus communs à tous les viscères de l'abdomen.

Je vais maintenant vous entretenir des inflammations des tissus qui sont communs à tous les viscères de l'abdomen, du tissu cellulaire et du tissu séreux. Dans le premier nous allons

observer des inflammations phlegmoneuses, et, dans le second, des péritonites. Celles-ci ne peuvent être étudiées avec succès qu'après les précédentes.

Du phlegmon de l'abdomen.

Vous savez qu'il existe entre les viscères de l'abdomen et dans tous les points où le péritoine s'écarte pour les envelopper ou les recouvrir, des masses de tissu cellulaire, dans les épiploons, dans le mésentère, autour des reins, de la vessie, etc. Des phlegmons peuvent se former dans tous ces points. Il s'est écoulé bien du temps avant qu'on ait su distinguer ces phlegmons des autres inflammations abdominales, et cela ne doit pas étonner, puisqu'on ne connaissait pas ces dernières. Véritablement, le diagnostic en médecine ne date que de nos jours. Je l'ai vu naître il y a trente et quelques années : auparavant tout était confus; on avait constamment à la bouche les mots d'autocratisme, de force vitale, de crises, de nature médicatrice, etc., que l'on prononçait humblement avec une sorte d'accent mystique ridicule dans une science d'observation et de déduction comme la médecine. Quoiqu'on ait renoncé à ces sortes de locutions, je m'aperçois cependant, par les examens des élèves dans cette faculté, qu'il reste encore quelque chose de ce jargon antique,

dont il est temps que la partie saine et pensante des médecins fasse définitivement justice : la masse l'imitera peu à peu.

Souvenons-nous qu'il faut toujours suivre l'irritation à la piste, et commençons par reconnaître que rarement elle débute dans le tissu cellulaire de l'abdomen : elle lui vient des viscères voisins, de sorte que les principales causes du phlegmon abdominal sont les inflammations de ceux-ci. Ainsi, les gastrites, les hépatites, les duodénites, les pancréites, les splénites, la néphrite, les irritations même qui ne vont pas jusqu'à l'inflammation, plusieurs phlegmasies du mésentère, de l'utérus, de la vessie, peuvent avorter après avoir régné quelque temps, s'élancer dans le tissu cellulaire voisin et y produire un phlegmon. Viennent ensuite les causes traumatiques, les coups, les chutes, les violences, les commotions, les efforts violens, les courses précipitées, les habitudes de gêne et de compression des organes, les fortes pressions. Je vous avoue que je ne voyais pas sans effroi, il y a quelques années, lorsque j'annonçai que les prétendues fièvres essentielles étaient des gastro-entérites, des médecins enfoncer lourdement leurs mains à six pouces de profondeur dans le ventre d'un malade pour y trouver un point douloureux; il n'en faut pas quelquefois davantage pour déterminer une irritation qui amène le phlegmon. Les affections rhumatis-

males, les suppurations cutanées, la résorption des matières purulentes intérieures ou extérieures peuvent aussi le déterminer; mais cette dernière cause existe moins souvent qu'on ne le croit.

Ces phlegmons sont aigus, manifestes ou latens.

Le début est obscur : on ne sait trop d'abord ce que signifient le malaise, les frissons, la chaleur consécutive que le malade éprouve. Mais bientôt, le désordre croissant, le mal se caractérise. Il faut distinguer les signes locaux de ceux qui appartiennent à d'autres organes : il y a rénitence dans un point de l'abdomen, le plus souvent c'est dans les flancs, dans le tissu placé derrière le colon, parce qu'il y a là des masses de tissu cellulaire sur lesquels s'appuient des muscles puissans, qui exercent une forte compression dans les grands efforts. J'ai observé ce cas surtout chez des jeunes gens qui s'étaient livrés à l'exercice de la paume, chez des élèves de l'École polytechnique ou des colléges, chez des soldats occupés à des travaux publics. Cette affection ne se voit pas communément comme un rhume : si, dans un grand hôpital, on en rencontre un exemple par an, c'est à peu près tout. Après les flancs, les parties dans lesquelles on l'observe le plus souvent sont, la région inférieure de l'abdomen, les fosses iliaques et la région supérieure et antérieure de la ves-

sie. Je l'ai aussi rencontrée dans l'épigastre, où il y a beaucoup de tissu cellulaire, l'estomac étant un organe qui doit glisser et s'interposer aisément entre les lames de ce tissu. Elle peut aussi se déclarer autour du rectum, de la vessie et de la matrice; il y a quelquefois dans tout le bassin d'énormes phlegmons intéressant ces organes contigus : ce sont des maladies formidables.

Le tact vous montre trois choses : la rénitence, la chaleur de la partie, le développement de la douleur. La percussion vous fait voir l'absence de l'air, et développe aussi quelquefois de la douleur. Vous avez un engorgement circonvoisin plus ou moins étendu, le malade accuse un sentiment de battement, de pulsation dans la partie. Voilà pour les phénomènes locaux. Ils peuvent facilement se distinguer dans l'un et l'autre flancs. Notez ensuite l'intérêt que prennent nécessairement à l'inflammation les organes voisins. Quelquefois il se joint à cela des douleurs de néphrite, et l'irritation du rein peut aboutir à un de ces phlegmons. Lorsque le colon est affecté, il y a constipation, surtout si la phlegmasie est du côté gauche; quand elle est du côté droit, il y a, dans le commencement, une diarrhée brusque qui ne continue pas; si elle est dans l'hypogastre, il y a lésion de la vessie urinaire, et, en touchant par l'anus, vous pouvez percevoir la tumeur et

la rénitence. Chez une femme, le tact vous fera percevoir la même chose par le vagin. Chez les femmes, cette inflammation peut devenir effrayante; elle peut obstruer toutes les voies et empêcher toutes les évacuations, arrêter les selles, les urines, produire le météorisme, en un mot, tout ce qu'il y a de plus affreux dans la métrite.

Si la maladie réside dans la région épigastrique, elle est souvent fort douteuse : le tact y est difficile, à cause de l'épaisseur des muscles. Néanmoins, en faisant bien attention aux symptômes, vous pouvez présumer le phlegmon, mais non le diagnostiquer aussi positivement que dans les cas précédens, attendu que vous avez là un organe excessivement influent sur l'économie, et qui peut dissimuler les symptômes. Au surplus, si vous ne pouvez dire précisément dans quel tissu est l'inflammation, vous pouvez toujours en reconnaître le caractère phlegmoneux au moyen des signes locaux ci-dessus et des signes sympathiques.

Lorsque le phlegmon est au-dessous du foie, autour de la rate ou du pancréas, il rentre dans ce que nous avons dit de l'hépatite, de la splénite et de la pancréite; car on ne peut tracer de ligne de démarcation entre elles et lui. Mais les indications curatives n'en souffrent pas.

Voyons les phénomènes secondaires. Si c'est l'estomac qui est gêné, vous avez une partie des

signes de la gastrite, avec plus de rénitence et moins de sonoréité que dans la vraie gastrite. Le malade vomit ou ne vomit pas; mais il éprouve des angoisses, il a la langue rouge, il ne peut boire, parce que la tumeur empêche l'estomac de se dilater. Vous palpez : tout est plein, vous ne trouvez point d'air, et vous sentez une chaleur considérable. Si vous ne pouvez encore affirmer l'existence d'un phlegmon, vous avez déjà du moins des motifs suffisans pour agir.

Quand aux influences exercées sur les organes éloignés, vous avez d'abord celle qu'éprouve le cœur, le pouls phlegmoneux. Vous n'aurez pas d'idée juste de ce pouls que vous n'ayez pratiqué : il est arrondi, plein, souple, fréquent. Joignez-y la chaleur halitueuse de la peau et l'absence des symptômes nerveux qui appartiennent aux phlegmasies membraneuses de l'abdomen. Ajoutez que les urines sont concentrées comme dans le phlegmon ordinaire, et que le sentiment de fatigue, de dédolation, de brisement des membres, est moins prononcé que dans la gastro-entérite. Je ne vous répondrais pas cependant qu'il ne surviendra point consécutivement quelques congestions, à cause de la violence des contractions du cœur et de la précipitation du cours du sang; mais cela appartient à la marche.

Le phlegmon de l'abdomen se termine ordinairement par suppuration. Au bout de sept,

dix, quatorze, quinze jours, une fluctuation se manifeste, et il est possible que le pus se fasse jour à l'extérieur. Cela s'observe dans les phlegmons situés entre le péritoine et les muscles abdominaux, dans ceux qui occupent le tissu cellulaire placé devant la vessie, rarement dans la fosse iliaque à cause de la profondeur de cette partie de l'épaisseur des muscles, plus rarement encore dans l'épiploon. Le pus formé dans le bassin ne se fait guère jour à l'extérieur : presque toujours, après trente, quarante, cinquante jours de souffrances, vous le voyez s'évacuer par plusieurs voies, par la vessie, l'anus et le vagin ; ce qui n'empêche pas la guérison. Alors il faudrait ajouter aux symptômes ci-dessus la colite, avec impossibilité de défécation, la dysurie, une pénitude de vessie, sans possibilité d'excréter les urines, à moins qu'on ne fasse usage d'une sonde ; ce à quoi encore l'anxiété, le malaise, les douleurs des reins et des muscles voisins s'oposent souvent. Le point principale est de déterminer le lieu de la tumeur phlegmoneuse dans l'un des endroits que je vous ai indiqués : vous y subordonnez ensuite le reste.

Si le pus ne se fait pas jour à l'extérieur, il peut s'ouvrir un passage à l'intérieur : ainsi, nous avons vu des malades, après avoir eu des tumeurs volumineuses dans la région iliaque, rendre du pus par les selles et les urines en même temps. Nous n'en avons point vu at-

teints de phlegmon de la région épigastrique rendre du pus par le vomissement; mais nous n'en nions pas la possibilité.

Dans d'autres cas, la maladie poursuit sa marche: les tissus s'affaissent; le pouls cesse d'être phlegmoneux; le frisson, le mouvement fébrile et l'espèce de fluctuation qui annoncent la suppuration ordinaire ne sont pas suivis de la sortie du pus; la fièvre devient plus vive en perdant ses caractères phlegmoneux, et le malade commence à maigrir. Il y a alors résomption et décomposition du pus dans un vaste foyer; ce pus fuse entre les lames du tissu cellulaire, et il survient un abcès par congestion. Quand les choses en sont là, et qu'il y a une petite fièvre hectique, avec chaleur âcre à la peau et redoublement de fièvre dans la soirée, gardez-vous de croire que la modification phlegmoneuse existe seule: il y a d'abord infection du sang par la résorption du pus qui rentre continuellement dans le cercle circulatoire et qui nécessite des efforts d'excrétion et des sueurs pour son élimination; il y a ensuite développement d'une phlegmasie dans les tissus muqueux, d'une gastrite, d'une diarrhée, d'une bronchite, d'une pneumonie, avec ou sans formation de tubercules, et le malade périt dans un état de consomption. J'ai vu une époque à laquelle (on était alors peu avancé dans le diagnostic de ces ma-

ladies) de semblables faits jetaient les observateurs et moi-même dans une grande anxiété : je ne comprenais pas comment une fièvre d'apparence inflammatoire pouvait être suivie d'une consomption aussi extraordinaire. En cherchant à m'éclairer par les autopsies, je découvrais des foyers purulens dans lesquels il s'était formé un pus noir, fétide, comme gangréneux et putrifié, et dans lesquels le tissu cellulaire était réduit en lambeaux, comme cela s'observe au-dessous de la peau dans les érysipèles phlegmoneux ; il y avait affaissement des parties voisines, destruction et dissection des muscles et des parenchymes ; les vaisseaux de ces parties étaient abreuvés de pus et les veines enflammées ; quelquefois l'inflammation montait le long de ces veines et se répandait dans le système circulatoire, jusqu'au cœur; je rencontrais des tumeurs purulentes dans le poumon et dans le foie, dans l'épaisseur du canal digestif, des traces de gastrite, d'entérite, de colite, avec des désorganisations quelquefois considérables, la masse entière du colon fondue, ayant l'apparence d'une matière purulente gangrénée, et tous les désordres qui appartiennent aux phlegmasies pulmonaires chroniques. J'ai recueilli peu de faits sur les altérations du cerveau.

Le pronostic de cette maladie n'est pas mauvais dans le commencement; mais malheureusement elle n'est pas toujours diagnostiquée à

son début. Il faut avoir constamment l'idée du phlegmon dans l'esprit lorsqu'on voit une inflammation s'opiniâtrer dans un point et y développer une tuméfaction et un mouvement artériel. Tant que le phlegmon se prononce avec force vers l'extérieur, on n'a rien à redouter: si l'on ne peut le faire avorter, on a du moins l'espoir qu'il s'ouvrira un passage par la peau. En général, il y a deux sortes de phlegmons: un qui s'affaisse et qui file dans le tissu cellulaire, il est d'un mauvais caractère et s'observe chez les sujets débiles; un autre qui pousse en pointe et tend vers l'extérieur, il annonce la force de l'individu et promet une bonne issue. Tant qu'il n'y a pas d'affaissement du phlegmon, de fièvre hectique avec redoublemens, de chaleur âcre, de diarrhée, vous pouvez espérer; mais, quand cela existe et que le malade maigrit rapidement, vous devez soupçonner le développement consécutif de plusieurs points d'inflammation dans les viscères, et chercher, pour l'établissement de votre pronostic, le point le plus compromis.

Le traitement doit être éminemment antiphlogistique et appliqué le plus près possible du début. Il fait très bien avorter ces phlegmons. Depuis que je suis parvenu à les distinguer des phlegmasies membraneuses qui constituaient jadis les fièvres essentielles, j'en ai fait échouer pour mon compte au moins une douzaine, bien

classés dans ma mémoire. On doit employer les saignées générales, mais surtout les saignées locales, qui ont d'autant plus d'effet, que le système vasculaire des environs se trouve dans un état de développement et de turgescence. Elles doivent être répétées, suivant les effets, trois ou quatre jours de suite. Un phlegmon des flancs peut être enlevé dans cet espace de temps au moyen de quarante à soixante sangsues répétées chaque jour, si les forces le permettent. Comme ce sont des maladies qui marchent vite à la suppuration chez les sujets cacochymes, on ne peut pas toujours se flatter de la prévenir, quelque diligence qu'on apporte au traitement. On a recours alors à la révulsion, qui est, en dernière analyse, le moyen auquel il faut toujours en venir quand les antiphlogistiques n'ont pas suffi. Ce sont des cas où le tartre stibié peut être employé, si le canal digestif est sain. Lorsque la maladie ne marche pas vers la résolution, que néanmoins la fluctuation n'est point sensible, et que l'état inflammatoire a été réduit autant qu'il peut l'être par les antiphlogistiques, on parvient quelquefois, au moyen de quinze, vingt, trente moxas, appliqués autour de ces phlegmons de la fosse iliaque, à les faire disparaître. Mais, quelque avantage qu'ils procurent, ils ne doivent pas faire renoncer aux saignées locales; car il peut y avoir un retour d'inflam-

mation qui en nécessite l'emploi, et il peut même être utile de les appliquer à une portion de l'appareil viscéral enflammé consécutivement.

QUARANTE-SIXIÈME LEÇON.

27 février 1832.

Messieurs,

Après avoir terminé ce qui est relatif aux affections des voies urinaires par le diabète sucré, dont nous vous avons fait remarquer les symptômes prédominans (lassitude, débilité, tiraillement d'estomac, amaigrissement, tristesse, etc.) et plusieurs circonstances particulières, telles que le défaut d'assimilation des fluides, l'expulsion des molécules les moins animalisées, l'absence de l'acide urique suivant certains chimistes, sa présence suivant d'autres, l'utilité du régime animal, etc., nous avons commencé à vous entretenir des phlegmasies des tissus communs aux organes de l'abdomen. Vous avez vu en somme que le tissu cellulaire, dont nous avons voulu étudier d'abord les inflammations, reçoit l'irritation de trois sources : des viscères, des vaisseaux sanguins et de l'extérieur par les causes traumatiques, les percus-

sions, les violences, etc. Nous avons indiqué les points principaux où ces inflammations peuvent prédominer, et leurs signes, en distinguant ceux qui appartiennent à la phlegmasie du tissu cellulaire de ceux qui dépendent de la lésion de l'organe voisin. Le phlegmon, dans ses progrès, peut envahir les viscères, comme les viscères enflammés peuvent verser leur irritation dans le tissu cellulaire. Nous avons décrit la marche de ces inflammations cellulaires, et prouvé qu'elles peuvent être arrêtées. Elles peuvent aussi devenir mortelles en se communiquant aux foyers de la vie, ou par suite de la résorption du pus, sorte d'empoisonnement chronique dans lequel le malade s'infecte par ses propres humeurs, mais qui n'est pas mortel par lui-même; car il y a une loi en vertu de laquelle les poisons qui ne détruisent pas nos tissus sont éliminés à mesure qu'ils entrent dans l'économie, et nous ne mourons que par les progrès de la phlegmasie, ou par une influence délétère portée sur le système nerveux.

Nous avons parlé des moyens les plus propres à faire avorter ces phlegmons abdominaux et à en favoriser la résolution. Pour compléter ce sujet, il faut les voir à l'état latent. En effet, ils se forment quelquefois dans le cours des maladies aiguës, dans les inflammations membraneuses les plus intenses, les plus étendues et les mieux caractérisées, sans qu'on

puisse les diagnostiquer, sans que l'on se doute de ce qui se passe dans le tissu cellulaire. Ce tissu est muet et ne donne point de signes quand des surfaces de rapport aussi vivantes et aussi sensibles que la membrane muqueuse du canal digestif sont violemment enflammées : c'est d'elles que partent les irritations et les influences morbides qui troublent le système nerveux, et le phlegmon ne peut être perçu ; nouvelle preuve qu'il ne faut point classer les phlegmasies d'après le mode d'altération. En effet, à la suite de certaines gastro-entérites mortelles, on trouve, à l'autopsie, des abcès dans l'épaisseur de l'estomac, des intestins, et quelquefois de l'épiploon, avec un pus bien conditionné, sans qu'on se soit douté de leur existence. Je n'ai rien de particulier à vous dire de ces abcès, non plus que de ceux qui pourraient se former sourdement dans quelques uns des points où je vous ai dit qu'on les observe primitivement. Le seul avis que je croie pouvoir vous donner, c'est de faire attention aux points où prédominent la chaleur, la pulsation, la rénitence, dans le cours des maladies aiguës membraneuses de l'abdomen, de palper chaque jour pour vous assurer s'il n'existe pas de son mat, s'il ne séjourne pas de matières provenant d'un phlegmon. Durant ces maladies, il se forme quelquefois dans les reins, dans le foie, derrière le péritoine, dans les parois du bas-ventre, des phlegmons qu'il est

possible, en y faisant bien attention, de reconnaître à leur origine, et de traiter efficacement.

Il y a aussi un phlegmon qui se forme chroniquement et indépendamment des maladies aiguës, à peu près dans les mêmes régions que celles que nous avons indiquées, et surtout dans les fosses iliaques et le bassin. Si vous êtes appelés avant que la fluctuation soit sensible, vous pouvez le combattre avec succès au moyen des sangsues ou des ventouses, ou par ces deux moyens réunis. Lorsque le sang se porte peu à la peau, vous l'y appelez par les ventouses, et vous appliquez ensuite vos sangsues à la place même où celles-ci ont été posées. Vous pouvez aussi tenter la révulsion sur le canal digestif, s'il y est disposé. Si vous n'êtes appelés qu'après que la suppuration s'est établie et que la fluctuation est devenue sensible dans l'endroit même où elle s'est formée, ou qu'après que le pus provenant d'un phlegmon voisin de la colonne vertébrale a fusé loin du lieu de sa formation, et formé ce qu'on appelle un abcès par congestion, le traitement que vous pouvez employer se réduit à l'ouverture de l'abcès, aux applications de sangsues aussi nombreuses que le permettent la constitution et l'état du pouls, aux injections et aux topiques émolliens, aux cautères et aux moxas multipliés.

Je ne vois rien de plus à vous dire sur les inflammations aiguës et chroniques du tissu cel-

lulaire de l'abdomen, à moins que je ne vous indique, pour ne rien omettre, l'induration de ce tissu consécutive aux phlegmasies membraneuses de cette cavité, et particulièrement à celle du péritoine, dont nous allons nous occuper.

De la péritonite.

La péritonite est l'inflammation de la membrane séreuse commune à tous les viscères de l'abdomen, qui porte le nom de péritoine. Il ne s'agit plus ici d'une surface de rapport sur laquelle sont déposés des corps étrangers et de laquelle partent continuellement des stimulations sympathiques destinées à déterminer des mouvemens énergiques dans l'économie : il s'agit d'un tissu séreux, inerte, sans sensibilité, ne vivant que d'une vie organique obscure. Aussi, est-il moins disposé que le tissu muqueux à recevoir l'irritation inflammatoire, et ne la reçoit-il pas primitivement, à moins qu'elle ne lui vienne de causes traumatiques, de violences extérieures, de blessures, de contusions, de déchirures, d'injections de gaz, de substances irritantes, âcres, corrosives. Je ne saurais dire à quel point l'exhalation propre de ce tissu peut être pour lui cause d'irritation. J'ai bien là-dessus quelques données; mais je n'ai pu encore les faire fructifier assez pour établir sur

elles une proposition positive. La plupart des causes de phlegmasie du péritoine lui arrivent par les viscères qu'il recouvre, par l'estomac, les intestins, le foie, la matrice souvent, les reins plus rarement, parce qu'ils sont plus éloignés de lui. D'autres fois il est affecté par suite de rhumatismes ou de causes extérieures traumatiques, de violences, de coups, de chutes, d'étranglement des intestins, de plaies, etc.

La péritonite se présente aiguë ou chronique. La prédisposition à cette maladie mérite quelque attention, surtout chez les femmes en couches, où elle est très évidente et où elle peut s'expliquer par deux raisons : 1° les femmes enceintes se trouvant dans un état pléthorique, riches en sucs lymphatiques et disposées à toute espèce de sécrétions, ont leurs sécréteurs ordinaires toujours prêts à l'action et voisins de l'irritation; cette disposition passe facilement des sécréteurs éliminateurs aux exhalans intérieurs, tels que ceux des surfaces séreuses et des petites aréoles du tissu cellulaire ; 2° le développement de l'utérus et les déplacemens considérables qu'éprouvent le péritoine et le tissu cellulaire sous-péritonéal pendant la grossesse, donnent lieu à des tiraillemens très forts des filamens cellulo-séreux ou des déchirures de capillaires, et produisent une pression et une sorte de contusion des organes et des tissus environnans. Cet effet, qui s'opère lentement dans la grossesse, est produit brusquement

lorsque l'utérus revient sur lui-même après l'accouchement; car le tissu cellulaire ne se rétracte pas aussi promptement que cet organe et le laisse dans un état de ballottement. Voilà donc clairement plusieurs causes prédisposantes de péritonite chez les femmes enceintes : la surabondance des fluides lymphatiques, le surcroît d'action des sécréteurs et des exhalans, les déplacemens et les tiraillemens du péritoine et du tissu cellulaire sous-péritonéal. Les auteurs ne mentionnent, et je n'ai pu recueillir, pour mon compte, relativement à l'homme, aucun fait qui établisse une prédisposition analogue.

Quant aux phlegmasies viscérales considérées comme cause de péritonite, il est certain que, pour qu'elles la produisent, une prédisposition quelconque est indispensable, et qu'il y a ici, dans la manière dont l'inflammation se comporte, une sorte de mystère. En effet, des individus porteront pendant de longues années une inflammation dans un viscère de l'abdomen sans qu'elle s'étende au péritoine, et d'autres seront attaqués de péritonite presque aussitôt qu'une inflammation se sera formée dans la membrane muqueuse d'un organe creux; car elle peut venir de la vessie aussi bien que du canal digestif. Probablement cette disposition est attachée à un certain état de la constitution, qui n'a pu être déterminé jusqu'à ce jour. Mon fils Casimir, que vous connaissez presque tous,

a eu quatre péritonites dans l'espace de dix mois : la plus légère colique ou irritation de la surface muqueuse du canal digestif suffisait pour ramener chez lui la maladie, et ce n'est qu'avec une peine extrême qu'il a fini par s'en affranchir entièrement. J'ai vu, dans certaines années, cette prédisposition prononcée au point que, sur cinq ou six gastro-entérites, il y en avait une qui passait à la péritonite sans qu'on pût en préciser la cause. Il est certain aussi que le rhumatisme qui parcourt les articulations va quelquefois se fixer sur le péritoine sous certaines influences difficiles à déterminer. Ce qu'on peut dire, c'est que souvent le froid humide coïncide avec ces transformations de phlegmasies muqueuses ou fibro-musculaires en inflammations séreuses. Les péritonites qui sont, ainsi que cela s'observe quelquefois, le résultat des vomitifs et des purgatifs drastiques, dépendent de la communication de l'irritation de la surface muqueuse à la surface séreuse. Quand même vous auriez vu des centaines de malades prendre impunément ces remèdes violens, gardez-vous de nier la possibilité du résultat que je vous énonce ; car les faits négatifs ne prouvent rien contre les faits positifs, et, au moment où vous vous y attendrez le moins, il pourra se faire que deux ou trois péritonites vous surprennent coup sur coup et affectent des individus qui vous inspirent le plus tendre intérêt. L'année dernière,

en traitant par l'émétique à haute dose les bronchites et les pneumonies rebelles aux antiphlogistiques, nous vîmes se former une péritonite mortelle à la suite de cette médication ; mais, comme nous n'y avons recours qu'après que tous les autres moyens ont échoué et lorsque la mort est imminente, nous ne croyons pas devoir nous reprocher ce malheur. Quelquefois la péritonie est produite par la destruction d'un follicule où par l'usure d'une plaque que l'inflammation a traversée. On est étonné, à l'autopsie, de trouver un plancher formé par un feuillet séreux, sans perforation du péritoine. Enfin, dans d'autres cas, elle est l'effet d'une perforation.

Lorsque la péritonite est la suite d'un gastro-entérite, elle débute presque toujours, c'est-à-dire dans la proportion de dix-neuf fois sur vingt environ, dans la région iliaque droite. Les deux derniers pieds de l'intestin grêle présentent toujours le plus de désordres, et c'est en cet endroit que l'inflammation traverse le plus facilement les parois intestinales. Je vous ai déjà dit, au sujet des gastro-entérites, qu'on ne pouvait répondre du pronostic tant qu'il existait de la fièvre et que la convalescence n'était pas pleinement établie ; car tel qui paraît guéri, peut encore avoir une ou deux ulcérations non cicatrisées, et, à la suite d'une indigestion, éprouver dans l'endroit qu'elles occupent, un retour d'inflammation qui pénètre jusqu'au pé-

ritoine, avec ou sans perforation, et se trouve suivie d'une mort rapide. Il en est de même des personnes qui vivent avec des ascites, des entérites et des diarrhées chroniques : la péritonite peut éclater chez elles sans qu'il y ait de perforation.

Le début de la péritonite aiguë est subit ou latent, comme celui de toutes les phlegmasies. Cependant c'est une des affections dont le début peut être le moins latent, parce que la membrane péritonéale n'étant pas accoutumée à la stimulation, comme la surface muqueuse gastro-intestinale, ne peut éprouver cette gradation ascendante d'irritabilité qui s'élève de la sensation la plus simple à la douleur la plus vive. Du moment que le stimulant tombe sur cette membrane et que l'inflammation s'en empare, le malade éprouve des douleurs vives et instantanées qui se font quelquefois sentir avec la rapidité de l'étincelle électrique. Le plus souvent c'est par des coliques atroces que se déclare la péritonite, quand elle attaque des personnes saines. Ce sont celles qui ont une phlegmasie chronique du canal digestif ou de l'utérus qui en sont affectées d'une manière latente ; elles éprouvent d'abord de la constipation, un certain météorisme, des douleurs confuses augmentant à la pression, puis, après ces préliminaires, des douleurs nerveuses. La péritonite est alors confirmée ; mais elle est moins intense et offre

moins de tension que lorsqu'elle attaque des personnes bien portantes.

Cette maladie est caractérisée d'abord par trois phénomènes de l'inflammation en général: la tumeur, la douleur et la chaleur. La rougeur ne peut être perçue. La tumeur consiste dans la rénitence, dans un son mat au commencement, et dans une élasticité gazeuse. La chaleur est effectivement une perception distincte pour le malade et une sensation pour le médecin, dans l'endroit où est la péritonite plus que dans les parties circonvoisines. La douleur se manifeste par des coliques qui n'aboutissent pas aux selles ou qui cessent promptement d'y aboutir. Elle est déchirante, horrible, comme si elle était produite par un mouvement de torsion et d'arrachement: on ne peut, sans l'avoir ressentie, s'en faire une idée exacte.

Les phénomènes secondaires sont d'abord ceux du voisinage, la tension et l'immobilité des muscles de l'abdomen, ensuite des douleurs dans tout le système musculaire, un sentiment de fatigue plus prononcé, comme on l'observe dans tous les états fébriles.

La tumeur, la chaleur et la douleur ne débutent pas dans toutes les régions de l'abdomen simultanément, mais dans une seule. Si vous êtes là quand la maladie éclate, vous pouvez l'arrêter. Ainsi, quand elle prend naissance dans l'hypogastre, à la suite des couches, il y a pendant quelques

jours de la tension dans l'utérus, de la douleur à la pression, du météorisme; si elle n'est pas arrêtée, vous la voyez monter vers l'épigastre, s'élever progressivement à mesure que l'inflammation s'étend. Quand elle commence dans la région iliaque droite, on la suit de même que lorsqu'elle naît dans la région iliaque gauche. Quand elle succède aux affections de la vessie, elle se comporte à peu près comme à la suite des couches, avec des symptômes qui indiquent qu'elle ne vient pas de l'utérus; et d'ailleurs, ce peut être un homme qui en soit atteint. Quand elle part de l'épigastre, comme on le voit après l'ingestion des poisons irritans, âcres, vésicans, corrosifs, elle y est d'abord circonscrite, puis elle fait des progrès. Quelquefois elle débute dans la région du foie et du duodénum, chez les personnes qui ont cette région habituellement douloureuse, surtout chez les ivrognes, qui l'éprouvent le plus souvent chronique. Elle débute encore par la région de la rate, à la suite de la splénite chronique, et même de la splénite aiguë, ainsi que je l'ai constaté. Elle part rarement du rein, qui est un organe peu enveloppé par le péritoine. Le pancréas et le duodénum, par une disposition anatomique semblable, lui servent rarement de point d'origine; elle viendra plutôt des intestins et du foie, fort heureusement pour les nombreuses personnes qui vivent avec une duodénite chronique.

Les symptômes varient jusqu'à un certain point suivant ces diverses origines ; si elle débute par l'utérus, il y a suppression des lochies, douleurs dans tout le bassin, douleurs de la métrite, se confondant avec celles de la péritonite; si elle débute par la vessie, douleurs de la cystite; si elle vient des gros intestins, douleurs peu fortes, mais diarrhée qui dure quelque temps, et à laquelle succède la constipation aussitôt que la péritonite est déclarée; si elle commence par l'estomac, elle s'accompagne de vomissemens fort douloureux. En voici un exemple remarquable : un ouvrier imprimeur avait reçu un violent coup de plat de sabre en travers de l'épigastre; il fut pris de douleurs de ventre extrêmement vives et de vomissemens, qu'il ne voulut point traiter. Après avoir souffert pendant quelque temps, il se mit à manger, et il lui survint un météorisme, dont il mourut rapidement. J'étais alors jeune médecin, et, en cette qualité, je fus chargé de l'autopsie de cet homme. Je constatai deux nuances de péritonite : l'une au-dessus de l'arc du colon et dans le pourtour de l'estomac, qui était contracté, rétréci, et flottant au milieu d'un foyer de pus semblable à celui d'un phlegmon; je grattai l'espèce de couenne qui recouvrait la membrane péritonéale, et je la vis rouge dessous comme une plaie bourgeonnante; la seconde nuance présentait une adhérence qui l'avait circonscrite sui-

vant la courbure du colon et au-dessous de laquelle le péritoine offrait une légère rougeur, de la sérosité semblable à du petit-lait, et des fragmens de fausses membranes. De plus, il y avait une pleurite, dont la matière avait la consistance du pus de la région inférieure de l'abdomen. Quelquefois, lorsque la péritonite marche avec peu de violence, la nature incarcère le produit de l'inflammation et forme un kyste, qui se résorbe si la maladie est bien combattue et que le malade ne succombe pas. Quand elle se déclare dans le bassin, les organes qui y sont contenus contractent entre eux des adhérences.

Dès qu'il y a, dans cette affection, sympathie exercée sur l'estomac, le vomissement survient. Il survient surtout quand elle existe à la région sous-diaphragmatique, ou quand elle a débuté par l'utérus.

L'influence exercée sur le cœur par l'entremise du cerveau et du prolongement rachidien produit la fièvre. Le pouls est petit, déprimé, fréquent; mais il peut être plein dans le commencement. Il y a des péritonites qui participent du phlegmon, qui sont circonscrites et accompagnées de la turgescence des tissus : c'est dans celle-là que le pouls présente ce caractère; mais il se constringe aussitôt qu'ellss gagnent de l'étendue et que les douleurs deviennent plus vives et plus accablantes. C'est un fait constant que toutes les douleurs générales et fortes de l'abdomen rétré-

cissent le pouls, arrêtent la circulation et refroidissent l'extérieur, au point qu'à l'aspect de ses signes et par la physionomie je reconnais une inflammation de l'abdomen que le malade n'accuse pas. Je gémis de voir que ce fait n'a point été compris en ce qui concerne le choléra.

Les sympathies exercées sur le cerveau sont des sympathies de douleurs; elle n'ont pas la spécialité de celles exercées par la membrane muqueuse enflammée, lesquelles occasionent promptement le délire. Dans la péritonite, les malades souffrent beaucoup et délirent peu; ils n'ont pas de stupeur; quelquefois même on voit la stupeur de la gastro-entérite disparaître lorsqu'elle est remplacée par la péritonite. Tous les muscles sont dans un état de constriction, de crispation et d'agitation, et, quand les malades ont beaucoup souffert, ils ont le sort commun à tous cenx qui éprouvent des phlegmasies intenses et étendues : ils délirent, ils n'accusent plus leurs souffrances, ils tombent dans un état soporeux et meurent en cet état. Vous remarquerez que la péritonite ne fait délirer que par l'excès des douleurs, tandis que la gastro-entérite peut causer le délire dès le premier ou le second jour.

L'influence sur la respiration s'exerce de deux manières, par la douleur et par l'accélération du pouls. Quand l'inflammation débute par la région sous-diaphragmatique, cette influence est aussi

marquée que dans la pleurésie diaphragmatique : les mouvemens du diaphragme sont excessivement gênés et bornés, il y a soulèvement des côtes supérieures pour l'agrandissement de la poitrine, respiration suspirieuse et sublime, angoisse des plus pénibles. Quand au contraire l'inflammation débute par la région inférieure, ces phénomènes sont moins sensibles ; mais ils se prononcent de plus en plus à mesure qu'elles montent vers la poitrine. Le sang circulant avec plus de vitesse, la poitrine se dilate plus souvent. Quand la douleur est vive, que le cœur se contracte avec peine et que les parties extérieures se refroidissent, la respiration devient inégale et suspirieuse.

L'influence sur les reins se marque par une diminution de la sécrétion des urines, qui sont presque nulles.

Celle sur le canal digestif produit la constipation, à cause de la douleur qui s'oppose au mouvement péristaltique, et le vomissement. La sécrétion de la bile et du mucus gastro-intestinal étant augmentée, ces matières s'échappent par le haut. Les malades vomissent tout ce qu'ils prennent, et les efforts qu'ils font dans leurs vomissemens augmentent encore les douleurs de la péritonite, ce qui en fait une des maladies les plus effroyables qu'on puisse voir.

Si vous palpez l'abdomen, vous éprouvez différentes sensations. Il y a des péritonites sèches, avec rétraction des muscles abdominaux dès le

commencement. J'en ai vu et méconnu plusieurs de cette espèce. Je me rappelle même en avoir provoqué une innocemment, étant jeune médecin, en donnant dans une gastro-entérite, que je prenais alors pour une fièvre bilieuse, une décoction de tamarin miellée. Le malade éprouva des coliques atroces; son ventre se rétracta. Je voulus le calmer par des narcotiques; mais il mourut. Je trouvai une horrible péritonite d'un rouge vif, avec exsudation sanguine, sans météorisme. Mais la plupart des péritonites ne sont point ainsi avec rétraction de l'abdomen; elles présentent au contraire le développement et l'augmentation de volume de cette cavité. Quand vous percutez, vous sentez de l'air, la fluctuation ne se manifeste que plus tard. Si vous pressez, il faut le faire avec beaucoup de précaution; car la sensibilité est telle, que les malades font effort pour écarter votre main : vous trouvez un état de consistance et de plénitude qui vous décèle la péritonite et qui est le principal signe quand elle vient consécutivement à une gastro-entérite chronique chez les sujets dont la sensibilité est usée. Quand la maladie a fait plus de progrès, il se développe une sorte de fluctuation.

La péritonite est une maladie terrible, qui fait périr presque tous ceux qu'elle attaque, si elle n'est pas arrêtée dès le commencement. Elle paraît avoir été inconnue d'Hippocrate et de

Galien. C'est sous le nom de tympanite ou de météorisme que l'on trouve ce qui lui est relatif dans les auteurs anciens. Elle a été caractérisée par Sauvages et les nosologistes; mais elle n'a été bien connue que depuis environ une trentaine d'années.

Quand elle n'est pas arrêtée, elle marche de la manière suivante: ses progrès sont rapides dans la majeure partie des cas; le ventre devient de plus en plus tendu et douloureux; après beaucoup de mouvemens convulsifs, de tremblemens, de vomissemens, de cris, d'angoisses, le malade délire, passe en peu d'heures à un état d'assoupissement et de coma, et meurt au moment où l'on y pense le moins, parce que la circulation est enchaînée par la douleur et que le sang n'arrive plus aux centres nerveux en quantité suffisante pour entretenir l'innervation nécessaire au mouvement respiratoire.

D'autres fois la péritonite marche plus lentement et peut se circonscrire, ou bien, quoique devenue générale, elle peut rester chronique. Alors les sympathies s'usent, la plupart des symptômes diminuent, mais il reste toujours une petite fièvre; la constipation persiste le plus souvent, mais elle peut aussi diminuer et être remplacée par la diarrhée, ou bien il peut y avoir des alternatives de diarrhée et de constipation; le malade éprouve de petits redoublemens fébriles le soir; il peut se déclarer un peu d'appétit, mais d'une manière pas-

sagère; tant que la maladie tient encore de l'état aigu, la pression développe un reste de douleur. Deux sensations prédominent dans l'abdomen de ces malades : 1° la fluctuation, qui annonce l'ascite, et qui se reconnaît en pressant latéralement et en sens opposé par une main placée de chaque côté; 2° l'état pâteux, comme si l'abomen était rempli de matières molles, de graisse ou d'excrémens. Ces deux sensations peuvent se trouver réunies. On sent aussi quelquefois, dans certains endroits, plus de dureté et de chaleur, et cela indique des phlegmons partiels. Nous en avons constaté trois exemples au Val-de-Grâce, dans le courant des deux dernières années. Dans ces trois cas, la maladie n'était pas hors des limites de l'état aigu; mais, ayant été vivement combattue par les antiphlogistiques, elle avait été resserrée dans le milieu de cette patosité, où il s'était développé un point plus chaud et phlegmoneux. Cette forme de la péritonite n'est pas compatible avec un long état chronique, et ordinairement les malades y succombent; tandis que, lorsqu'elle est purement et simplement avec fluctuation, elle se prolonge beaucoup plus long-temps et peut même guérir.

L'ouverture des cadavres, dans la péritonite aiguë, montre plusieurs états qu'il faut tâcher de rattacher aux différentes formes de symptômes: d'abord une rougeur pointillée, ressemblant

à une éruption scarlatineuse de la peau ; je l'ai vue avec la rétraction des intestins ; quelquefois des gouttes de sang, et même du sang pur en abondance. Dans ce cas, voici les symptômes : le malade pâlit ; il ressent une chaleur extraordinaire dans l'abdomen, qui s'élève ; il éprouve des sueurs froides, des syncopes ; son pouls s'efface. C'est une hémorrhagie interne qui se fait, et qui donne la mort. D'autres fois, il se forme une exsudation pseudo-membraneuse, épaisse, qui fait adhérer entre eux les intestins ; cette exsudation peut être fibrineuse. Elle peut aussi n'être point membraneuse, mais seulement séro-albumineuse, plus ou moins épaisse et opaque. Dans d'autres cas, il se forme un liquide abondant, purulent, comme chez l'ouvrier compositeur dont je vous ai parlé. Le plus souvent, l'épanchement étant copieux, il ressemble à du petit-lait. Chez les femmes en couches il est souvent blanc et opaque comme le pus phlegmoneux. Quelques sujets présentent une matière rougeâtre plus ou moins fluide, teinte de globules sanguins, et une fausse membrane collée sur le péritoine.

Lorsque la péritonite s'est un peu prolongée, il y a un gonflement plus ou moins considérable des épiploons, des épanchemens de couleur brune noirâtre, qui ne sont que de la fibrine coagulée. Dans l'épaisseur de ces épiploons tuméfiés et engorgés il peut se former des phleg-

mons. J'ai vu le péritoine et les parois des viscères dégénérer ainsi, avec leur tissu cellulaire gonflé, rempli de fibrine épaissie, et un abcès se former entre les deux surfaces péritonéales adhérentes qu'il avait écartées, et où le pus s'était déposé. Il se trouvait même quelquefois du sang en caillots mêlé à ce pus, un retour d'accidens violens ayant déterminé cet épanchement sanguin partiel.

Tels sont les désordres les plus ordinaires de l'état aigu.

Vous voyez sur quoi doit se fonder le pronostic : quand vous pouvez prendre la maladie à son berceau, vous l'étouffez sans peine, à moins qu'il y ait une disposition trop prononcée à ce qu'elle fasse explosion dans beaucoup de points à la fois. Lorsque cette affection est primitive et qu'elle se déclare chez des sujets forts, il y a tout espoir de la guérir; mais, quand elle attaque des individus qui ont les viscères anciennement lésés, elle est ordinairement mortelle dans l'espace de douze à vingt-quatre heures, à moins qu'on ne l'attaque avec une grande célérité. Chez les femmes en couche, si on la laisse s'étendre, on ne l'arrête plus. Il y a des péritonites peu actives qui sont de nature à être chroniques dès leur début. Il y en a d'autres tellement violentes, qu'on ne peut se flatter de les arrêter. Celles qui dépendent de l'action d'une substance corrosive sont assuré-

ment les plus redoutables, parce qu'elles s'accompagnent quelquefois d'une perforation de l'estomac. Celles qui proviennent d'un arrêt de matières fécales, d'étranglemens, de plaies, sont également d'un mauvais caractère. Les signes qui annoncent la mort prochaine sont l'intensité des phénomènes nerveux, des convulsions, du délire et de l'état comateux, la petitesse du pouls, les syncopes et le refroidissement.

La péritonite, quelle qu'elle soit, est une maladie qu'on arrête quand on la traite sur-le-champ dans le point où elle commence. Les saignées locales sont le meilleur moyen à lui opposer : les sangsues doivent être employées de manière à procurer un écoulement de sang abondant et prolongé. Je l'ai traitée, il y a six ans, chez une jeune fille de dix-huit, et je l'ai arrêtée en trois endroits différens, à l'épigastre, à la région hypogastrique et dans l'hypocondre droit, par autant d'applications successives de vingt à trente sangsues. Cette personne présenta pendant le cours de sa maladie des symptômes nerveux, qui furent toujours en proportion de la tumeur ; ils cessaient quand elle se dissipait. Ceci est applicable aux péritonites des femmes en couches, que l'on empêche de se développer, comme toutes les autres phlegmasies, si l'on n'est pas arrêté par de vaines considérations, comme de dire qu'il est naturel que l'utérus soit

gonflé à la suite des couches, et qu'il ne faut pas se hâter de donner à la maladie le nom de péritonite. Pendant qu'on reste ainsi dans l'hésitation et qu'on perd de vue la malade, la péritonite peut, dans l'espace de dix à douze heures, l'enlever. En général, toutes les fois que vous voyez la phlegmasie d'un organe creux de l'abdomen s'entourer de plus de chaleur, de tuméfaction et de dureté, hâtez-vous de l'arrêter; autrement, vous pouvez laisser se déclarer une affreuse péritonite, qui, en devenant générale, sera presque toujours mortelle, surtout s'il ne reste pas assez de sang.

Les douleurs enchaînent la circulation, et font mourir le malade d'asphyxie par défaut de stimulation du cerveau et de son prolongement.

La péritonite est une maladie qui demande à être surveillée continuellement : le médecin ou son aide ne doivent point quitter les côtés du malade.

Lorsque les saignées ont été portées assez loin, on peut avoir recours aux révulsifs, dont l'action se rapporte à une contre-stimulation qui n'a rien de spécifique. Ces moyens se réduisent au bain de vapeur humide, aux vomitifs et aux purgatifs, que l'on n'a que trop employés, aux frictions mercurielles et au calomel. Ils offrent une dernière et faible ressource, que l'on fait

bien pourtant de ne point négliger lorsque les autres moyens ont été employés sans succès.

Au reste, ce sujet n'étant pas épuisé, nous y reviendrons dans notre prochaine réunion.

QUARANTE-SEPTIÈME LEÇON.

29 février 1832.

—

MESSIEURS,

J'ai tâché de vous faire remarquer de quelle manière l'inflammation vient au péritoine. Je tiens à vous montrer, pour chaque maladie en particulier, comment elle sillonne le corps, et à vous prouver qu'elle n'est pas une entité mystérieuse ni un être malin tombé du ciel. Bientôt nous résumerons ce qui concerne les inflammations du bas-ventre.

Nous avons remarqué plusieurs nuances de péritonite plus ou moins douloureuses ou phlegmoneuses. Un malheureux hasard a semblé vouloir me servir avant-hier : en sortant d'ici j'ai rencontré une péritonite phlegmoneuse du flanc droit, qui a été promptement suivie de la mort.

En nous occupant du traitement, je vous ai recommandé d'arrêter cette phlegmasie avant qu'elle se fût étendue; car il est une sentence, applicable surtout en cette occasion : c'est que les inflammations trop étendues sont au-dessus

des moyens de l'art. Il faut donc porter toute son attention sur la marche de la péritonite, noter le lieu où elle prend naissance, suivre ses progrès afin d'estimer les chances du traitement, connaître les altérations qui ont pu la précéder; car souvent, et même presque toujours, elle est consécutive. A ce sujet, voici une remarque importante : la péritonite survenant après une phlegmasie muqueuse, la révulse quelquefois et n'en laisse aucune trace, à moins que cette phlegmasie ne fût avec des altérations avancées, cas dans lequel la mort est inévitable. Ainsi, chez le sujet mort avant-hier et ouvert hier, l'inflammation avait traversé la région iléo-cœcale, non perforée, mais en partie nécrosée. Elle avait irradié de là dans le tissu cellulaire et dans le péritoine, et s'était fixée dans la portion gauche de l'épiploon, où elle avait produit un phlegmon et une exsudation membraniforme.

La principale chose à observer, ce sont les progrès de la péritonite, et l'intensité de la maladie primitive qui lui sert de départ. Ensuite il faut voir si, une fois abattue, elle ne tend pas à se relever. Le danger est grand alors. La péritonite aiguë lancée avec une extrême violence, comme la mer dans les grandes marées, envahit presque toute la surface du péritoine, et ne laisse aucun espoir. Vous avez vu comment elle produit le vomissement, la constipation, les congestions viscérales, et tous ces phénomènes sym-

pathiques qui la font devenir fatale. Il y en a des nuances moins intenses, moins rapides dans leur marche, et que l'on peut arrêter. Il y en a qui se circonscrivent naturellement dans un point où elles peuvent devenir chroniques, et produire des adhérences et des suppurations. On en voit même d'universelles, non mortelles, dans la nuance chronique.

Quant au traitement, j'ai particulièrement insisté sur l'art de traquer l'inflammation par les antiphlogistiques, la saignée, les sangsues et les émolliens. Lorsque ce traitement réussit, n'allez pas en chercher d'autre : en voulant précipiter vos coups, vous pouvez devenir homicides. Le phénomène de l'inflammation est perfide, et ne se laisse pas déplacer ou révulser comme on veut bien quelquefois se l'imaginer. Le plus sûr est de l'attaquer persévéramment par les antiphlogistiques, tant qu'ils peuvent être employés. S'ils cessent de pouvoir l'être, et que la vie soit compromise par l'extrême intensité du mal, il est permis de se jeter dans les moyens violens.

J'ai oublié de vous signaler une circonstance dont il est essentiel de tenir compte, et qui s'est présentée chez mon fils Casimir : c'est celle où la constriction et la concentration sont tellement violentes que les sangsues ne peuvent tirer du sang. Je lui avais appliqué sur le ventre, dans une rechute de péritonite, soixante de ces animaux, qui ne produisaient

aucun effet. « Il est perdu, m'écriai-je, si la saignée générale ne détruit pas la constriction et ne rappelle pas le sang à l'extérieur. » Je lui saisis précipitamment le bras, et je lui fis une large saignée, Le ventre se détendit, le pouls devint moins serré, le sang reparut à la peau, et les sangsues se remplirent. Vous pouvez appliquer ceci au fameux choléra qui paralyse le cœur. Les grandes douleurs, les grandes angoisses de l'abdomen produisent toutes cet effet, retirent le sang de l'extérieur, et l'accumulent dans les viscères. Alors, par les saignées, les ventouses, les fomentations et les sachets chauds, vous pouvez rompre le mouvement inflammatoire : chose bonne à savoir ; car les maladies ne se comportent pas comme on les fait marcher dans les livres, et la médecine est une chose toute de pratique.

Lorsque les saignées et les sangsues n'ont pu enlever la péritonite, que l'angoisse est extrême, et qu'il ne reste plus que le petit courant de sang allant au cerveau et indispensable à l'entretien de la vie, que faire? Employer les bains tièdes, ou les bains de vapeur, à une douce température. Ces bains, qui seraient nuisibles au commencement de la maladie ou dans une péritonite à moitié guérie chez un individu robuste, peuvent être alors avantageux, étant très prolongés. S'ils ne réussissaient pas, vous tenteriez la révulsion par le calomel,

ou les frictions mercurielles qui vont porter leur action sur les membranes muqueuses. Peut-être que des audacieux tenteront l'émétique à hautes doses; mais, pour mon compte, je ne l'ai pas encore osé. On a beaucoup employé l'ipécacuanha, et l'on s'est aussi servi de l'huile de térébenthine. Quand les sujets sont disposés aux sécrétions, comme les femmes en couches, et que leurs organes digestifs sont capables de résister aux coups que vous leur portez, vous pouvez, par ces moyens, déplacer l'irritation, lui faire prendre la route des sécréteurs et sauver les malades. Mais souvent les péritonites sont consécutives aux phlegmasies du canal digestif, et celles-ci ne les produisent quelquefois qu'après avoir opéré de grands désordres dans la membrane muqueuse de ce canal, qui peut avoir des points prêts à se perforer, et que le purgatif ou le vomitif achève de perforer. Vous pouvez déterminer la mort *actu ipso*. Il faut donc être extrêmement circonspect, et attendre que la pratique vous ait donné une habitude suffisante pour manier cette médication. En attendant, procédez par la méthode directe, tant que vous le pourrez.

Je ne saurais vous mettre dans toutes les positions où la péritonite peut s'offrir à vous. Je vais cependant vous dire encore quelques mots de sa nuance hémorrhagique. Rappelons-nous-en les symptômes : douleurs de ventre atroces, fluc-

tuation se manifestant en même temps que le malade se décolore, pouls de plus en plus petit, sueurs froides, syncopes. Il n'y a plus alors moyen de saigner, surtout si le malade l'a été précédemment. Il ne vous reste qu'une ressource : c'est de couvrir l'abdomen d'un vésicatoire, et de stimuler fortement la peau. Il est possible que vous arrêtiez ainsi l'effusion du sang, et que le caillot se dessèche ensuite par l'absorption : du moins cela se conçoit. J'ai rencontré un cas dans lequel je crois avoir obtenu cet effet.

Suivons cette maladie dans la chronicité.

De la péritonite chronique.

Elle peut se présenter d'abord à a suite de l'aiguë, quand celle-ci n'est pas lancée avec trop d'impétuosité, ou qu'après avoir été affaiblie elle se prolonge, avec une petite fièvre, sans qu'il se manifeste de fluctuation dans l'abdomen, avec une certaine rénitence et un état pâteux, quelques douleurs, un léger retour des fonctions gastriques, et quelquefois de la diarrhée. Celle-ci existe surtout quand la péritonite a été occasionée par une phlegmasie iléo-colique, qui se trouve momentanément suspendue par la péritonite, ainsi que la diarrhée; mais, l'irritation du péritoine venant à diminuer, la diarrhée reparaît, ou bien il se mani-

feste de la fluctuation dans l'abdomen et la fièvre continue.

Quelquefois la péritonite est primitivement chronique, c'est-à-dire qu'elle débute avec une telle bénignité qu'elle ne trouble pas sensiblement l'économie et qu'elle est toujours ancienne quand on s'en aperçoit. Il faudrait être médecin soi-même, et l'éprouver, pour en saisir le commencement. C'est une maladie des plus insidieuses. J'en ai recueilli bon nombre d'exemples en Belgique et en Hollande; mais je n'en ai point trouvé en Italie ni en Espagne. Je ne prétends pas pour cela qu'elle ne puisse exister dans ces pays. Je l'ai souvent observée chez les personnes qui avaient pris beaucoup de quinquina pour se débarrasser des fièvres intermittentes, et qui avaient été mises dans un état de constipation par ces fièvres et ce médicament. Je l'ai aussi observée à la suite du froid aux pieds, après un vomitif pris intempestivement, quoique, à l'époque où j'ai fait ces observations, l'émétique ne s'administrât pas avec la même hardiesse qu'aujourd'hui: nous le prescrivions seulement à la dose de deux à quatre grains dans une pinte d'eau; mais il y avait quelquefois des malades qui avalaient d'un seul trait toute la dose et qui étaient pris de douleurs vives, auxquelles succédait une péritonite chronique. Chez d'autres elle se déclarait à la suite de purgatifs, d'un dévoiement qui se

supprimait, et auquel succédaient la constipation et la tension du ventre. Je l'ai vue se développer par la répercussion de la gale, par l'impression d'un froid vif sur la peau, sans que le froid aux pieds eût prédominé. Quelquefois on ne peut en découvrir la cause, quoiqu'il y en ait toujours une; car jamais une maladie ne vient spontanément : plus on va, plus on découvre de causes.

Il y a trois signes principaux de la péritonite chronique imminente : 1° la constipation, 2° le météorisme, 3° une douleur obtuse qui ressort quand les malades font un faux pas, quand ils éprouvent une secousse, comme celle que produit l'éternuement ou la toux. La constipation les tourmente beaucoup; ils sentent des gaz qui quelquefois se déplacent dans le ventre, mais qui le plus souvent sont immobiles; ils ont les extrémités froides; l'appétit diminue, comme il arrive toutes les fois que le mouvement péristaltique est arrêté et que la progression des matières ne se fait plus vers le bas. Les Anglais ont saisi ce phénomène et se sont attachés à le combattre. Ils forcent ces malades à aller à la selle, et les font manger, advienne que pourra. Ils dénaturent ainsi la maladie.

Le médecin appelé pour juger ces constipations avec dureté du ventre trouve des gaz dans la partie supérieure et un son mat dans les endroits où les matières fécales sont amassées. Il s'informe s'il n'y avait pas de point chronique

d'où ait pu partir la péritonite, soit du côté de l'estomac, soit du côté du foie, des intestins, de l'utérus, etc.; il s'enquiert des antécédens; il explore et percute pour voir s'il n'y a pas de fluctuation; si la percussion ne lui fait rien découvrir, il presse latéralement les flancs pour faire ressortir la douleur et voir s'il n'existe pas de rénitence ou de pâtosité; il remarque la température de l'abdomen, la chaleur de la peau; il sait que ce que ces malades accusent est extrêmement variable, et que les irritations viscérales sont loin de correspondre toujours avec le centre de perception, et il se souvient de ne pas faire grand fond sur leurs déclarations : les uns éprouvent des coliques sourdes, un peu de chaleur, un sentiment incommode de plénitude sans aller à la selle; les autres n'éprouvent rien. En résumé, il voit constipation, météorisme, rénitence, pâtosité, douleurs obtuses devenant sensibles par la pression, la marche, les secousses; urines rares, percussion claire ou mate; influences sympathiques presque nulles. Dans le moindre degré, la maladie étant locale, les sympathies sont nulles et ne vous servent point. Il y a des malades qui vont à la selle tous les trois ou quatre jours, qui mangent comme de coutume, et chez lesquels on confond la péritonite chronique avec les obstructions des anciens et les engorgemens du foie et de la rate.

Cette maladie affecte différentes marches qu'il

faut réduire à deux principales : ou il se fait une accumulation de sérosité, une ascite, telle qu'elle peut résulter de la péritonite aiguë incomplètement terminée ; ou il ne se fait point d'ascite, mais le ventre est dur, plein, développé, rénitent comme un coussin. Il faut avoir fait un assez bon nombre d'autopsies pour savoir apprécier ces divers états. Les individus qui ont une ascite prononcée deviennent hydropiques aussi des autres tissus : la peau et le tissu cellulaire s'infiltrent, les épanchemens se forment dans la plèvre, le péricarde, l'arachnoïde. Vous observerez cela surtout dans les climats froids et humides, et chez les personnes lymphatiques. Vous rencontrerez de ces personnes à tissus mous, à sensibilité obstuse, vivant dans l'humidité, chez lesquelles vous croirez qu'il n'existe qu'un embarras gastrique ou intestinal, et qui auront une péritonite chronique. Elles périssent ordinairement suffoquées par un hydrothorax ou un hydropéricarde qui leur surviennent après une pleurésie ou une péricardite, d'abord latente, puis manifeste et suivie d'épanchemens séreux ou séro-purulens.

Il est des cas où il ne se forme pas d'épanchemens et où le ventre reste dur et pâteux : c'est lorsque la constitution est plus sèche et plus sanguine. Il peut, dans ces cas, comme dans la péritonite aiguë, se développer des phlegmons dans différens points de l'abdomen. Alors le ma-

lade ressent des mouvemens fébriles; il offre de la rénitence et de la chaleur dans le bas-ventre; il éprouve un trouble dans ses fonctions; il a des vomissemens ou de la dysurie; si c'est une femme, on sent quelque chose du côté de l'utérus; en un mot, on observe la lésion des organes voisins. Quelquefois la digestion s'arrête complètement, et les malades succombent à une gastrite. J'ai consigné plusieurs de ces péritonites sèches dans le second volume des *Phlegmasies chroniques*. Ces maladies n'ont pas de durée déterminée: on peut les porter plusieurs mois et quelquefois même plusieurs années. Avec hydropisie, elles se portent plus long-temps que sèches. Ces dernières, si l'inflammation n'est pas arrêtée, deviennent promptement mortelles. Celles qui sont aqueuses peuvent se compliquer de péricardite ou de pleurésie, qui abrègent les jours.

Lorsque les malades succombent à la péritonite humide chronique, on trouve une grande quantité de liquide ou séreux, ou purulent, ou mêlé de sang, avec une couenne fixe, cohérente, non dissoute par ce liquide, adhérente au péritoine. Mais c'est plutôt dans l'état aigu qu'on observe ce dernier fait. D'autres fois la fausse membrane est mobile et en partie dissoute par la sérosité purulente ou lactescente. On trouve quelquefois du sang épanché dans des endroits circonscrits. Il peut même être survenu

une ondée de sang, une hémorrhagie interne qui ait mis fin à la vie. La fausse membrane, dans ce cas, est le plus souvent délayée dans le liquide. S'il y a eu plusieurs rechutes de péritonite, il se trouve des endroits où cette fausse membrane s'est organisée, et même convertie en tissu cellulaire; en un mot, il se trouve plusieurs nuances d'organisation; une fausse membrane en sécrète une autre, et les produits de ce genre peuvent se multiplier beaucoup. Vous voyez aussi les désordres de la maladie qui a précédé, la perforation ou la phlegmasie de la membrane muqueuse. Ordinairement, dans les péritonites aiguës qui ont une marche rapide et une terminaison funeste, la rougeur disparaît complètement dans le canal digestif, et vous ne trouvez plus que des plaques décolorées, des ulcérations pâles, sans traces de sang : il n'est plus dans la membrane muqueuse, mais au revers, dans la séreuse. C'est ce que nous avons constaté l'autre jour dans l'autopsie du sujet dont je vous parlais au commencement de cette leçon : la péritonite avait fait révulsion de la phlegmasie gastro-intestinale. Dans l'état chronique, cela ne s'observe pas, surtout quand il y a eu des alternatives de diarrhée et de constipation. Celle-ci existe quand l'irritation domine dans le péritoine : on applique quelques sangsues, quelques cataplasmes émolliens; les douleurs et la constriction résultant de la phlegmasie péritonéale se ré-

lâchent, et la diarrhée reparaît. Si l'on donne des narcotiques ou des astringens, elle se supprime ; mais la phlegmasie péritonéale peut revenir à son tour et exiger de nouvelles sangsues, après lesquelles vous voyez reparaître encore la diarrhée, que vous arrêtez encore par les calmans. Le médecin attentif peut ainsi, sans nuire au malade, s'instruire lui-même et voir l'inflammation prédominer tour à tour dans la muqueuse et dans la séreuse. Alors la péritonite chronique peut offrir de la rougeur dans l'intérieur du canal digestif : cette rougeur se présentera quand l'inflammation n'aura pas encore complètement abandonné la surface muqueuse, et disparaîtra dans le cas contraire. Pour les fragmens de fausses membranes, ils se montrent ou adhérens au péritoine, ou interposés entre ses duplicateurs. Quelquefois on y trouve comme un épanchement de matière caséeuse ou tuberculeuse ; mais ces désordres appartiennent plutôt à la péritonite sèche.

Dans celle-ci, les intestins sont collés ensemble par une matière blanchâtre ou jaunâtre, qui est une fausse membrane ; leurs tuniques sont épaissies et offrent une espèce d'infiltration ou d'injection lymphatique des tissus cellulaires sous-jacens, ce qui augmente encore leur épaisseur ; le mésentère forme une masse que l'on décolle avec facilité ; le grand épiploon offre quelquefois un aspect couenneux ; je l'ai

vu épais comme les deux mains, et formant une espèce de coussin appliqué sur les intestins. Quand la péritonite tient encore de l'état aigu, il y a dans le tissu cellulaire sous-péritonéal beaucoup de sang infiltré ou épanché, et une sorte d'inondation de matière fibrineuse coagulée, de couleur noire, que l'on a considérée comme une mélanose; mais ce n'est que la matière colorante du sang qui produit cet effet. Ces péritonites, avec matière noire, peuvent vous offrir les foyers purulens dont je vous ai parlé. Quelquefois j'ai vu ces foyers vides et leurs parois converties en ulcères d'aspect carcinomateux.

Quand la péritonite est d'une nuance plus chronique et moins inflammatoire, l'épiploon peut se présenter comme un coussin graisseux, bigarré de différentes couleurs. En l'incisant, on y observe des productions extraordinaires, qui ont l'apparence de la colle, de la graisse, de la chair d'orange, de la matière cérébrale, du miel, etc., et qui ont paru incompréhensibles. Ce ne sont, selon moi, que des résultats de l'inflammation et de la subinflammation des matières fibrineuses, albumineuses, gélatineuses, graisseuses, fixées dans les aréoles, les vaisseaux, les exhalans, les absorbans, etc., et dénaturées par le vice de la nutrition (1). Cette péritonite

(1) Il y a plus de vingt ans que j'ai émis cette idée : un professeur distingué est sur le point d'en donner la démonstration. Il prouvera que les matériaux des tumeurs sont, ou du pus, ou des matériaux immédiats du sang.

chronique du dernier degré a débrouillé dans mon esprit une foule de questions pathologiques obscures. A Bruges, en Hollande, dans les montagnes de l'Autriche et de la Styrie, j'ai vu, durant une seule année, plus de vingt exemples de ces péritonites. Depuis lors j'en ai à peine retrouvé six ou sept à Paris, dans l'espace de dix-sept ans. Toutes ces péritonites présentent de ces tumeurs blanches que l'on appelle tubercules, mélanoses, squirrhes, cancers, avec des détritus ulcéreux. J'ai vu tous ces élémens, l'un à côté de l'autre, dans la péritonite, et du sang épanché. C'est tout simplement la subinflammation mêlée à l'inflammation, qui produit ces désordres, lesquels se font là comme ils se font à l'extérieur du corps, dans les tumeurs blanches.

Dans les nuances moins intenses on voit le péritoine contracté, racorni, formant un demi-cercle le long du colon, et offrant l'aspect d'une végétation. C'est encore une effet de l'inflammation chez des individus non disposés aux altérations lymphatiques. Vous trouvez aussi quelquefois chez ces individus, entre les lames du mésentère, une matière accumulée qu'il ne faut pas vous hâter de considérer comme tuberculeuse, et qui n'est que le résultat de la subinflammation.

J'ai voulu constater l'état des ganglions lymphatiques dans la péritonite chronique. Quelquefois je n'ai pu les découvrir ; d'autres fois je les ai

trouvés volumineux et dégénérés. Je n'ai su d'abord à quelle cause attribuer ces altérations. Mais, l'observation m'éclairant, j'ai fini par m'assurer qu'elles ne proviennent pas de la péritonite chronique, mais d'une phlegmasie qui a régné dans la surface muqueuse correspondante, ou d'une entérite chronique, qui peut, dans certains cas, s'effacer par l'effet de la péritonite, sans que les ganglions dont elle a causé le développement et la dégénération se résolvent.

Vous pouvez rallier à ces différentes nuances toutes les formes de la péritonite : vous y trouverez toujours une irritation qui a retenu et dénaturé les fluides et qui leur a imprimé différentes espèces de décompositions, que vous pouvez vous représenter sous les divers aspects de colle, de miel, de graisse, de fromage, de matière cérébrale, etc., etc. Si vous voulez chercher des causes particulières pour chacune de ces formes, vous consumerez votre temps en minuties, vous vous fausserez l'esprit, et vous n'arriverez jamais à la découverte des modificateurs les plus avantageux.

Toutes ces péritonites sont d'épouvantables maladies qu'il faut attaquer dès leur début pour pouvoir les guérir. Elles affectent une cavité qui est molle, aqueuse, qui n'a point d'ouverture, et qui est remplie de tissus cellulaires. Lorsque l'inflammation ne prédomine plus dans l'estomac ou les autres viscères, il se fait dans cette

cavité un afflux considérable de matières qui se trouvent soumises à une irritation organique subinflammatoire qui les décompose et les dénature. Rien n'est plus difficile que d'arrêter ces mouvemens. En général, plus une cavité est humide, plus tôt l'inflammation s'y éteint et tombe dans l'état subinflammatoire, séreux, hydropique. Le tempérament et la violence primitive de l'inflammation jouent ici un grand rôle : les lymphatiques deviennent plus vite subinflammés ou hydropiques, *et vice versâ.* En vous parlant des pleurésies, je vous ferai remarquer qu'il y en a aussi de sèches et d'humides, et que, plus elles sont humides, plus le mouvement inflammatoire perd de sa chaleur et dure longtemps; plus elles sont sèches au contraire, et plus ce mouvement est sujet à revenir sur lui-même. Dans le premier cas, il se fait d'horribles épanchemens sur lesquels l'art ne peut rien et dont la résorption n'est plus possible : il y a dans les deux un mouvement d'irritation qui trouble l'économie, le malade tombe dans le marasme ou dans l'hydropisie, et périt tôt ou tard. On ne peut espérer la guérison de ces maladies qu'en les saisissant avant qu'il y ait beaucoup d'épanchement, de dureté, d'extravasation séreuse, ou de productions subinflammatoires.

Quand la péritonite aiguë devient chronique, si elle a été bien traitée pendant qu'elle était aiguë, le traitement antiphlogistique n'est plus

de mise ; on l'a épuisé. J'ai cependant vu guérir de ces périto s, avec épanchement, chez des femmes en couches, dans l'espace de cinq à six mois, au moyen du traitement adoucissant soutenu avec persévérance, des diurétiques et du régime, en s'abstenant toutefois des saignées, parce que le temps en était passé. Quand les malades succombent pendant le travail de la résolution, l'autopsie décèle des adhérences entre les intestins, l'épiploon et les parois de l'abdomen. Quand elles doivent guérir, on s'en aperçoit par la diminution de la fluctuation et de l'état pâteux; la constipation n'est pas aussi invincible; et les alimens passent mieux. Pour consommer la guérison, il faut tenir le malade au repos, ne le nourir que de substances féculentes et lactées, combattre les accidens nerveux, tels que la toux, les coliques qui pourraient entraver la guérison, par le moyen de l'opium et des autres calmans, éviter surtout l'accumulation des matières fécales, et prévenir, autant que possible, leur production, en ne donnant pas d'alimens trop substantiels, parce qu'ils sont la cause la plus ordinaire des rechutes. On peut seconder ces moyens par les exutoires, cinq, dix, quinze, vingt, trente moxas sur l'abdomen. On est encouragé quand on voit les deux symptômes fâcheux, la fluctuation et la pâtosité, diminuer. La liberté du ventre doit être entretenue jusqu'à un certain point.

Quant aux cas où il reste de la fièvre, où l'on sent de la chaleur à l'abdomen, et où l'on peut, par la douleur, les pulsations et la rénitence d'un point, soupçonner qu'il s'y développe un phlegmon partiel, on doit, si le malade n'est pas trop débilité et s'il lui reste encore assez de sang, agir sur ce point au moyen des ventouses scarifiées et des sangsues, en ayant soin d'en doser sagement le nombre et de ne pas trop affaiblir le jet de sang qui doit rester pour entretenir la vie. Les émolliens et les adoucissans internes doivent être en même temps continués. On en favorise l'effet au moyen des vésicatoires promenés sur les parties circonvoisines, ou établis de manière à entretenir une suppuration. C'est de l'expérience, au reste, qu'il faut ici prendre conseil. Je ne puis que vous donner quelques idées générales directrices, et vous renvoyer à l'observation des faits dans une bonne clinique pour apprendre à voir à travers les organes vivans.

Si le malade est hydropique, on n'a guère à lui appliquer que le traitement palliatif : il faut tâcher de provoquer les urines, mais sans trop exciter le canal digestif. Quand l'accumulation du liquide est considérable, la ponction est permise. J'ai vu un temps où l'on tremblait à l'idée de cette opération ; mais elle a été faite, à ma connaissance, vingt et trente fois sans inconvénient, dans l'espace de quatre à six mois, chez des femmes qui avaient eu des péritonites chroniques. Pour se guider, il faut examiner la sen-

sibilité du bas-ventre. Ordinairement les tissus qui ont été irritables dans l'état inflammatoire aigu, cessent de l'être dans l'état opposé, et le péritoine, qu'on aurait pu percer sans causer la mort, se laisser pénétrer par le trois-quarts sans aucune conséquence fâcheuse. Vous observerez si, après la ponction, le malade souffre du bas-ventre, et, s'il en souffre, vous aurez recours aux antiphlogistiques et au repos; car la péritonite pourrait repasser à l'état aigu. C'est encore à l'expérience et à l'étude de la sensibilité qu'il faut se reporter pour déterminer les cas où la ponction doit être faite et jusqu'à quel point il est permis de la pratiquer dans la circonstance où il se fait un développement de phlegmasie séreuse secondaire dans la poitrine. S'il y a assez d'étoffe, on peut attaquer cette complication par les vésicatoires et les autres révulsifs, et ensuite ponctionner le bas-ventre; mais ces moyens offrent peu de ressources.

Quant aux fondans, aux frictions mercurielles, aux purgatifs, ils ne me semblent point avantageux, en ce qu'ils tendent toujours à reporter la phlegmasie sur la surface muqueuse, et qu'on ne sait jamais où s'arrête leur action.

Dans les cas où il y a de la diarrhée, vous pouvez croire que les parois du colon sont malades, que la phlegmasie est deplacée ou se trouve partagée inégalement par la surface muqueuse et le péritoine. Ces cas sont extrêmement difficiles, et entraînent le plus souvent la mort. Vous

n'avez que les palliatifs et les petits révulsifs à leur opposer.

On a parlé d'hydatides qui peuvent se former dans le péritoine. Comment les reconnaître? je ne sais; car, pour mon compte, je n'en ai jamais vu. On a parlé aussi de kistes flottans, ayant une vie propre et indépendante. Je n'ai rien non plus à vous en dire; car j'ignore ce que c'est que ces masses vivant à part du corps vivant, dans lequel elles sont contenues. Tout ce que je puis assurer, c'est que, quand l'inflammation a dominé dans le péritoine, sans être trop intense, elle peut y avoir produit, aux dépens de la fibrine, de fausses membranes parfaitement organisées. Ce qui empêche cette organisation ou ce travail réparateur de se faire plus souvent, ce sont des retours continuels de fluxions qui entremêlent la fibrine de matières lymphatiques et albumineuses, et empêchent l'organisation des adhérences, des cicatrices, etc.

Pour rallier vos idées, en ce qui regarde le traitement, je vous dirai que le régime de la gastrite et de la gastro-entérite chroniques doit être appliqué à la péritonite chronique, c'est-à-dire qu'il faut ménager la susceptibilité des malades, et les nourrir assez pour les soutenir et ne point porter le trouble dans l'économie.

Dans la prochaine séance, nous rassemblerons les traits communs des phlegmasies abdominales.

QUARANTE-HUITIÈME LEÇON.

2 mars 1832.

Caractères communs aux phlegmasies abdominales.

MESSIEURS,

En commençant ce cours, nous vous avons présenté un résumé général des faits devant servir de préliminaire, et préparer vos oreilles au langage que nous nous proposions de tenir. Ensuite, notre division faite, nous sommes entrés dans la première section des maladies; les inflammations : nous les avons étudiées, en premier lieu, à l'extérieur du corps, en second lieu, dans les ouvertures des membranes muqueuses où elles tiennent en partie du caractère extérieur et en partie du caractère intérieur, et, en troisième lieu, à l'intérieur du corps ou dans les viscères, en commençant par l'abdomen. Nous avons eu, pour suivre cette marche, une puissante raison : c'est que l'abdomen sert de dépôt à tous les grands modificateurs de l'économie, et surtout aux médicamens par lesquels le médecin s'efforce d'agir sur l'état morbide et de modifier avantageusement l'économie. Il était

de la plus grande importance de connaître d'abord l'inflammation dans le canal digestif, parce que c'est presque toujours sur lui que l'on est forcé d'agir lorsque l'on traite un malade. Pour compléter ce sujet, nous avons étudié ensuite le même phénomène dans les autres organes de l'abdomen.

Sont-ce des maladies que nous avons vues dans cette série de questions que nous venons de parcourir? Non. C'est le phénomène de l'inflammation développé dans différens organes à l'extérieur ou à l'intérieur du corps. Je dis que ce ne sont pas des maladies que nous avons vues, parce que rarement ce phénomène parcourt ses périodes de manière à constituer une unité pathologique, et que vouloir donner en général l'inflammation d'un organe dans toutes ses nuances pour une semblable unité est proposer l'adoption d'une chimère. On le pourrait, à la rigueur, s'il ne s'agissait que d'une petite inflammation circonscrite, telle qu'un clou, un érythème, dont on peut en effet, jusqu'à un certain point, suivre invariablement les périodes depuis le début jusqu'à la terminaison; mais, aussitôt que cette inflammation s'est étendue et est devenue assez intense pour porter le trouble dans l'économie, cela n'est plus possible.

La médecine ne sera comprise que lorsque ces propositions l'auront été : efforçons-nous donc de les établir solidement.

Si une inflammation est assez considérable pour remuer le cœur et accélérer le cours du

sang, et surtout si elle est mortelle, ce n'est plus une maladie semblable à celles que nous avons vues circonscrites à l'extérieur du corps.

Une distinction est à faire suivant les organes et l'intensité des inflammations. Si l'organe est secondaire et s'il est faiblement affecté, l'unité pathologique pourra exister, même à l'intérieur! La peau affectée d'un clou, d'un érythème, d'un phlegmon circonscrit, la partie inférieure du colon ou un point très rétréci de l'estomac atteints d'une petite phlegmasie dont on peut facilement obtenir la guérison, vous réalisent ces deux conditions et vous présentent l'inflammation dans un certain degré de simplicité ou d'unité. Mais, si l'une de ces conditions est changée, si l'organe en question est affecté dans une grande étendue, l'unité n'existe plus, la simplicité disparaît, le trouble s'étend dans l'économie, les viscères deviennent tellement malades, que l'affection de la peau, de principale qu'elle était dans le commencement, n'est plus que secondaire, et que celle du colon ou de l'estomac se complique de plusieurs autres.

Il est extrêmement difficile de tracer l'unité inflammatoire d'un organe important légèrement affecté, de l'estomac par exemple. Il faut avoir une grande habitude de l'observation et être profond physiologiste pour distinguer cette légère affection, qui sera prise pour une névrose par le vulgaire des médecins et sur laquelle les physiologistes les plus habiles pourront être eux-mêmes embarrassés. Si ce sont les intestins qui

se trouvent affectés dans une faible nuance, la même erreur, d'une part, et la même difficulté, de l'autre, se reproduiront. On en peut dire autant des reins et de l'utérus. Quand les inflammations commencent, on ne les reconnaît pas, ou l'on n'a égard qu'au trouble des fonctions : ce sont des embarras gastriques, des constipations, des diarrhées, etc., mots vagues, qui annoncent qu'on ne connaît pas le caractère fondamental de ces maladies, et qu'on ne s'arrête qu'à ce qu'elles ont de plus saillant. Mais vous-même, me direz-vous, comment savez-vous cela? c'est qu'une attention soutenue m'a appris à distinguer ces nuances au milieu de toutes les autres.

Lorsqu'un organe important, quel qu'il soit, est gravement malade, les désordres sont tellement multipliés, que l'unité inflammatoire disparaît complètement. Ceux qui ont voulu décrire comme telles les phlegmasies du canal digestif sont tombés dans la confusion, et n'ont pu en sortir. Ces phlegmasies ne marchent pas comme un petit phlegmon de la peau. On peut décrire avec assez de netteté une inflammation articulaire, un léger accès de goutte, un érythème produit par le feu, etc.; mais les inflammations des viscères se propagent, se multiplient, se disséminent, et les phénomènes qui résultent des points simultanément ou successivement affectés, aussi bien que les changemens du point prédominant d'irritation, en rendent la marche variable, inégale, désordonnée, en apparence

capricieuse, et l'histoire générale très difficile. Il faut, pour l'exposer avec lucidité, avoir suivi de l'œil tous ces mouvemens de l'inflammation, et s'être purgé la tête des immondices de l'ontologie humorale; mais c'est chose difficile, la science, sur ce point, ne faisant que de naître, et les facultés qu'elle exige étant d'ailleurs assez rares. Pour cultiver la médecine avec quelque profondeur, il nous faut des hommes qui marchent de niveau avec les philosophes, les moralistes, les physiciens, les législateurs les plus distingués, et qui ne se bornent pas à n'apprendre qu'une maladie avec un remède correspondant. Tant que le médecin négligera les rapprochemens des faits et le raisonnement, il sera au-dessous de ce qu'il doit être, et, en réclamant de lui le remède d'une maladie, on l'assimilera avec justesse à un machiniste auquel on demande une pièce pour une machine détraquée.

Les phlegmasies légères des viscères de l'abdomen sont, disons-nous, obscures: l'antiquité les méconnaissait, et les modernes en ont fait des entités inintelligibles. Mais les affections graves de ces mêmes viscères sont encore plus confuses. Du reste, l'obscurité dépend ici, non seulement des variations de siége et d'intensité, mais encore de la grande quantité de nerfs dont l'abdomen est pourvu. Le premier objet de la nature ayant été de faire vivre l'animal en le forçant à se nourrir à quelque prix que ce fût, elle a voulu que cet abdomen exerçât une influence puissante sur le cerveau, siége de la vo-

lonté, et cette influence, il l'exerce au moyen des nerfs, de même que les organes génitaux, qui ont aussi beaucoup de nerfs, font éprouver impérieusement la leur, sans quoi rien ne nous porterait à accomplir un acte qui paraît immonde aux personnes pour lesquelles il n'a qu'un faible attrait. Ces influences viscérales sont subordonnées à l'action des nerfs, et il y en a une masse considérable affectée au besoin de nous nourrir et de nous reproduire. Mais, direz-vous, nous n'avons pas un égal besoin de respirer, et cependant il n'y a pas autant de nerfs ni de sensibilité dans nos poumons que dans nos organes digestifs et génitaux. Cela est vrai; mais vous n'avez pas besoin de la volonté pour respirer : des nerfs non volontaires président à la respiration, et son aliment se trouve partout dans l'atmosphère. L'aliment de la digestion au contraire ne se présente pas ainsi de lui-même, surtout quand on est carnivore : il faut le chercher, l'épier, le combattre, le préparer par une série d'actes volontaires très multipliés. L'objet qui doit satisfaire au besoin de la génération exige aussi des démarches nombreuses. Il fallait donc que l'intellect fût influencé puissamment par les organes où résident les besoins de la nutrition et de la génération; il fallait que ces organes fussent pourvus d'une énorme quantité de nerfs.

Comment voulez-vous maintenant qu'une cavité aussi riche en nerfs que l'abdomen s'affecte comme les autres, et qu'une phlegmasie du canal digestif puisse être comparée, pour les sympa-

thies, à une phlegmasie de la peau? Comment pouvez-vous espérer de la décrire pure et simple, de l'isoler des autres organes, et d'en faire une histoire particulière ou une monographie ne présentant rien qui ne lui soit exclusivement propre? N'est-il pas inévitable que toute l'économie en soit troublée?

J'ai donc raison de dire que ce ne sont pas des maladies que nous avons étudiées, mais le phénomène de l'inflammation dans différens organes, en nous attachant à faire remarquer de quelle manière leurs fonctions s'en trouvent modifiées.

Quelquefois un organe important peut tuer, quoiqu'il soit seul affecté. Pour ne point sortir des faits que je vous ai signalés, je vous rappellerai qu'un coup violent venant à désorganiser subitement une portion de la membrane muqueuse du canal digestif, la vie ne peut continuer, et l'individu périt, de même que lorsqu'une certaine étendue de la membrane muqueuse du sens interne gastrique est détruite par un poison ou une inflammation. Quels que soient les rapports qui président à ces phénomènes, tel est le fait : la membrane muqueuse gastro-intestinale ne peut se désorganiser indépendamment du cerveau. En attendant que l'on explique ce fait, je m'en sers pour juger, par l'état des fonctions cérébrales ou de l'innervation, de celui dans lequel se trouve la membrane muqueuse des organes digestifs, et je ne me trompe guère. Ce n'est point par divination que je suis parvenu à ce

moyen de diagnostic ; mais j'ai mis tant d'attention à observer ces rapports, qui m'ont toujours paru du plus grand intérêt, que je suis arrivé, sur ce point, à des résultats que l'on aurait pu croire impossibles.

L'histoire des inflammations viscérales est donc bien différente de celle des inflammations extérieures, et réclame une beaucoup plus grande attention. Ce ne sont pas, je le répète, des maladies semblables que nous avons étudiées à l'extérieur et à l'intérieur du corps, mais seulement le phénomène de l'inflammation modifié selon la vitalité des organes. Si j'étais assez malheureux pour que cette proposition ne fût pas comprise, j'en serais désolé, car elle est fondamentale.

Une autre proposition importante à vous rappeler, c'est que les organes enflammés tendent sans cesse à enflammer les autres, et surtout le canal digestif. S'ils le sont violemment et subitement, ils peuvent tuer le malade par leur influence sur les centres d'innervation avant que l'inflammation ait eu le temps de se développer dans aucun viscère, même dans ces centres eux-mêmes : telles sont les brûlures très étendues de la peau, les vastes érysipèles, les scarlatines surinflammatoires, certaines varioles très confluentes, etc. Mais si l'inflammation est moins intense, et si elle persévère, elle se répète plus ou moins dans le tube digestif. Eh bien ! dans ces cas-là même, il est difficile de décrire isolément l'inflammation du canal digestif, parce

qu'il s'y joint des inflammations secondaires et des phénomènes nerveux qui peuvent être nombreux, et qui se compliquent avec ceux du point primitivement affecté. C'est le comble de la difficulté en médecine que ces sortes d'inflammations. Aussi, faut-il le dire, quatre mille ans se sont écoulés avant qu'on en ait eu une juste idée. Oui, les inflammations du canal digestif primitives peuvent produire des névroses très promptement mortelles. Oui, quand elles sont étendues, elles se compliquent d'inflammations secondaires. Oui, l'inflammation des organes de la périphérie, si elle est considérable, se répète à l'intérieur, particulièrement dans le canal digestif. Parvenue à celui-ci, elle se dissémine de plus en plus dans l'économie, au point qu'on peut à peine concevoir une phlegmasie pure et simple de ce canal. On conçoit une métrite, une cystite, une néphrite pure et simple, mais une gastrite! non, à moins qu'elle ne soit extrêmement bornée; mais alors, elle est méconnue des médecins, excepté du petit nombre de ceux qui sont habitués à la voir.

Pour les phlegmasies des ouvertures des membranes muqueuses, vous avez vu que, dès qu'elles sont assez fortes pour agiter le cœur et troubler le système nerveux, celles des viscères deviennent imminentes, et que le canal digestif est encore là le premier affecté.

Combien donc, par toutes ces raisons, ne doit-il pas vous sembler difficile de faire des monographies claires des inflammations des viscères,

de celles des ouvertures des membranes muqueuses, et même de celles des organes les plus secondaires, tels que la peau!

A l'époque où parut la doctrine physiologique, on se récria sur ces propositions, et on l'accusa de tout attribuer au canal digestif. Ce reproche lui vint des personnes impatientes qui ne veulent pas se donner la peine de tout entendre, et qui jugent les questions avant de les avoir approfondies. Nous avons dit, et nous répétons, qu'il n'y a point de maladie grave à laquelle le canal digestif ne prenne part. Admettez simplement le fait que l'inflammation se dissémine par les nerfs, et vous concevrez cela d'une manière mécanique. Les organes qui auront le plus de nerfs recevront le plus d'inflammation. C'est le cas dans lequel se trouve le canal digestif; mais en outre il a un grand nombre de sécréteurs, et il reçoit beaucoup de sang. Là où il y a beaucoup de sang et de nerfs, la tendance à l'inflammation ne saurait manquer d'être extrême.

Examinons la méthode des personnes qui veulent faire des monographies sur les inflammations pures et simples des organes. Cette méthode donne à l'exposé des symptômes un air de clarté; mais, au fond, ce n'est que confusion. Voulez-vous vous en convaincre? Demandez-leur, quand elles vous décrivent une inflammation, comment elles en établissent les caractères, et si elles ne le font qu'avec ce qui appartient à l'organe dont elles vous dépeignent

l'état. Si elles ne faisaient que cela, elles n'auraient à vous exposer qu'un fort petit nombre de symptômes : à côté de la gastrite, elles ne vous en présenteraient pas soixante ou quatre-vingt. Mais elles prennent les irritations des autres organes pour les attributs de celui dont elles décrivent l'inflammation.

Pour tracer ces sortes d'histoires, il faudrait distinguer toutes les inflammations qui co-existent, et les mentionner suivant leur degré d'importance. Mais celles qui se groupent autour de la phlegmasie du canal digestif, quand elle se continue long-temps, sont en si grand nombre, qu'elles troublent l'esprit de nos monographes. Aussi, quand ils voient trois, quatre, six, dix maladies ajoutées à une gastrite, celle-ci n'est-elle plus pour eux une gastrite, mais une fièvre. Leur méprise est complète. Ils l'éviteraient, s'ils voulaient substituer notre méthode à la leur. Dès qu'ils auraient le phénomène de l'inflammation à suivre comme un fil, ils ne se perdraient plus dans le vague, et ils sentiraient qu'on ne peut prendre pour caractères de l'inflammation du canal digestif les phénomènes de nervosité ou d'inflammation des autres organes. Au lieu de cela, ils disent que ces phénomènes sont des complications : complications de quoi ? c'est ce qu'il faut déterminer. Une inflammation intense trouble l'économie, et donne lieu à d'autres irritations ; mais ces irritations sont-elles des maladies semblables à celles qu'éprouvent les mêmes organes quand ils sont primi-

tivement enflammés ?... Qu'il se déclare, par exemple, chez un individu affecté de gastrite, des douleurs vives de la vessie, direz-vous que c'est une complication d'inflammation de la vessie ? Mais ce n'est pas la cystite complète; ce n'est qu'une répétition du phénomène de l'irritation, qui existe bien ailleurs au degré de l'inflammation, mais non nécessairement ici. Qu'il se manifeste chez ce même individu une douleur musculaire, la question et la réponse sont les mêmes. Ce sont des phénomènes secondaires à un autre de même nature, des complications de l'inflammation primitive, et non des inflammations telles qu'il y en aurait si elles existaient seules. Cette irritation secondaire s'élève quelquefois au degré de l'inflammation primitive, ou même le dépasse; voilà une nouvelle chance possible. Il faut y joindre les vices de sécrétion, d'exhalation, de nutrition, d'innervation, qui se développent à différens degrés dans les viscères secondairement affectés, plus, les suppurations, les ulcérations, etc. Ainsi, le mot complication indique une foule de phénomènes très différens et qu'il faut savoir distinguer. Nous avons prévu cela quand nous avons dit que l'inflammation se développe ici ou là, et qu'elle dissémine l'irritation. Si, au lieu de nous exprimer ainsi, nous vous eussions dit qu'elle se complique d'autres maladies, nous vous eussions induits en erreur. Lorsque vous auriez ouvert l'ouvrage d'un nosologiste pour y lire la description d'une inflammation primitive siégeant dans un organe où vous en observez une secondaire, et

que vous y auriez vu qu'elle dure tant de temps, qu'elle se comporte de telle manière, vous auriez été bien étonnés de voir que votre complication ne s'est pas comportée de cette même manière, et qu'elle n'a pas duré le même temps que l'inflammation primitive de l'organe. Encore une fois, c'est le phénomène de l'irritation qui se développe et se répète dans plusieurs organes, où elle se comporte suivant la constitution de chacun, et suivant des prédispositions qui lui font éprouver de grandes variétés.

Les partisans de la méthode en question voient encore dans ces phénomènes des symptômes généraux qui s'ajoutent aux symptômes locaux. S'ils vous décrivent une néphrite, une cystite, une gastrite, etc., et qu'il survienne de la fièvre, ils vous disent que c'est un symptôme général; s'il survient de la lassitude, ils vous disent la même chose, etc. Ils font ainsi des séries de symptômes généraux. Je me suis déjà inscrit contre cet abus, et je me contente présentement de répéter, ce qui a été prouvé dans un autre lieu, que ces prétendus symptômes généraux ne sont que des répétitions du phénomène de l'irritation, répétitions qui sont plus ou moins nerveuses, plus ou moins inflammatoires, suivant les organes, et qui se reproduisent en raison de la gravité de l'inflammation primitive. Ce langage n'exprime que les faits, sans rien préjuger sur leur nature : en l'adoptant, vous verrez disparaitre la confusion et l'ontologie. Y a-t-il rien de plus clair, en effet, et de plus vrai, que de dire: quand

l'inflammation naît lentement dans un point et qu'elle est simple, elle ne trouble point l'économie ; quand elle éclate avec violence, elle y porte le désordre, en irritant les nerfs, en dérangeant les sécrétions, en altérant les mouvemens organiques, et que les nerfs propagent l'excès d'innervation qui existe dans le siége primitif de l'inflammation ? En effet, si cette inflammation se développe dans un organe sans communication avec l'appareil nerveux central, elle est purement locale, et l'économie ne s'en ressent point. Les phlegmasies des paralytiques vous le démontrent.

Tous les sécréteurs sont sous l'influence du système nerveux, et leurs produits varient suivant l'état de l'innervation. La salive, la bile, le sperme, etc., sont altérés dans leur composition, lorsque l'irritation arrive par les nerfs aux organes chargés de les élaborer.

Les muscles n'ont plus la même énergie de contraction et n'obéissent plus aussi bien à la volonté lorsque l'inflammation d'un organe quelconque a dépassé certaines limites ; la preuve, c'est qu'en dissipant celle-ci, ils reprennent leur aisance et leur liberté, et qu'en la laissant se reproduire, ils retombent dans le même état.

Les facultés affectives sont aussi altérées. On n'y fait pas assez attention. Quand il règne une inflammation sérieuse qui dissémine l'irritation dans l'économie, on n'aime plus ce qu'on aimait, on repousse les alimens et l'on ne désire

que l'eau, l'instinct s'altère, on perd ses habitudes, ses goûts, ses désirs, ses appétits; les stimulations les plus agréables autrefois, celles, par exemple, de priser ou de fumer du tabac, deviennent insipides; la conversation ou la lecture qui vous charmait avant la maladie, vous déplaît maintenant. Mais l'intellect ne se trouble pas aussi vite que les facultés affectives. Celles-ci se dépravent quelquefois au point que l'on déteste les personnes que l'on chérissait avant d'être malade, et qu'on leur préfère celles que l'on haïssait; mais il n'y a pas là de délire. Cependant l'intellect peut aussi s'affecter, même dans les cas où le malade paraît encore raisonnable. Vous pouvez vous en convaincre en lui adressant des questions de science ou d'affaires qui avaient précédemment de l'attrait pour lui : il n'y répondra pas et vous priera de le laisser tranquille. Les facultés intellectuelles sont donc altérées, quoiqu'il n'y ait pas de délire : mais laissez croître l'irritation dans le foyer de phlegmasie qui agit sur le cerveau, et le délire va bientôt paraître; calmez cette irritation, et il va se dissiper. Ces faits vous prouvent de plus en plus la dissémination de l'irritation.

Le cours du sang est accéléré, et il doit en résulter des désordres dont il faut que je vous rende compte, sans quoi vous m'accuseriez de n'être que solidiste. Quand la circulation est accélérée, le sang ne s'oxigène plus aussi bien; il arrive aux organes en plus grande quantité; la nutri-

tion et les sécrétions, qui exigent une certaine lenteur du mouvement du sang, se dérangent; le cerveau non seulement est assiégé de stimulations insolites qui troublent ses fonctions, mais il est de plus congesté de sang; il est donc exposé à contracter l'inflammation, et l'on doit rationnellement considérer l'accélération du cours du sang comme en étant la cause. Beaucoup d'autres organes sont dans le même cas.

On a prétendu que la fièvre produisait l'inflammation; mais cela est inadmissible. Lorsque nous avons soutenu que c'était l'inflammation qui produisait la fièvre, on nous a répondu par la proposition inverse, et l'on n'a pas compris la part que pouvait avoir dans certains cas l'accélération du cours du sang à la production de l'inflammation; on n'a pas compris que, lorsque les organes sont plus stimulés que de coutume, s'il y a déjà un point d'irritation dans l'un d'eux, le sang peut s'y accumuler, et y former une congestion inflammatoire : ce point se trouvant dans le poumon, une bronchite ou un engorgement pulmonaire se développera à l'entour; le cerveau ayant été surexcité précédemment, et le sang y arrivant plus violemment que de coutume, il pourra s'y établir une congestion, etc. Un changement d'état dans les nerfs et dans le sang doit nécessairement en produire un dans les propriétés vitales, c'est-à-dire dans la contractilité des parties.

En somme, nous voyons d'abord qu'une phlegmasie uni-locale peut devenir pluri-locale, et ensuite qu'une disposition inflammatoire commune à plusieurs organes et résultant de l'innervation précipitée et de l'accélération du cours du sang peut concentrer son effet sur un point prédisposé ou surexcité, et y développer une inflammation.

Pour ce qui est de la terminaison de l'inflammation, nous avons vu que, quand elle est légère, la guérison est possible en vertu de certaines lois qui déplacent l'irritation et la transportent sur les sécréteurs, où elle semble s'éteindre comme dans l'eau. C'est ainsi qu'une bronchite ou une gastrite légère peuvent quelquefois disparaître à la suite d'une sueur ou d'une évacuation bilieuse. Mais, si cette phlegmasie occupe la majeure partie de l'appareil viscéral, cela n'est plus possible : l'autocratisme succombe. Si c'est une gastro-entérite ou une péritonite complète, on ne peut plus espérer de crises solutives; il n'y a plus majorité d'organes sains pour dégager les organes malades. Alors qu'arrive-t-il? de graves désordres, qui font périr les malades par l'excès de l'innervation ou par des désorganisations étendues.

Il y a cependant encore des différences dans la manière dont les inflammations se comportent. Une inflammation, même considérable, qui se sera déclarée dans un organe perméable et réagissant sur les autres, comme

le fait le canal digestif, pourra se dissiper par des crises naturelles, et quelquefois même par la stimulation. Il y a là une sorte de sauvegarde pour les malades traités par les partisans de la nature médicatrice. Mais figurez-vous une vaste péritonite, ce sera tout autre chose : le tissu n'est plus propre à recevoir la stimulation, à s'en défaire par ses excréteurs, ou à la verser sur d'autres, et vous n'avez plus à espérer de cette bienfaisante nature ni sueurs ni autres sécrétions ; il se fera des extravasations, le malade sera enlevé par la violence des phénomènes nerveux, ou, sa maladie restant chronique, il mourra en détail. Quand on vous a fait ces éloges pompeux des ressources de la nature dans les maladies aiguës, et qu'on vous a parlé de la puissance des crises, on ne connaissait pas ces vastes péritonites, ni les terribles inflammations de la moelle épinière ; on ne voyait que des fièvres, qui sont presque toujours des phlegmasies d'organes sécréteurs, que des symptômes, des médicamens, des mouvemens dépurateurs et conservateurs, etc. ; on ne raisonnait point d'après les faits. Si vous reculez devant ces réflexions, vous n'êtes pas médecins logiciens : le mot inflammation une fois prononcé, vous devez en suivre toutes les conséquences.

Qu'avons-nous déduit de ces faits pour le pronostic ? Ces deux courtes propositions : plus l'inflammation est bornée, meilleur est le pronostic ; plus elle est étendue, pire est le pro-

nostic. Pour le traitement? Les propositions suivantes :

1° Circonscrire l'inflammation dans les plus étroites limites, parce que, une fois bornée, elle se termine facilement; être toujours en garde contre sa propagation et sa dissémination; ne point attendre que l'entité nosologique se prononce et se complète; savoir toujours où est l'irritation, afin de s'en rendre maître.

2° Quand cela ne peut se faire, diminuer au moins l'intensité de l'inflammation, à l'imitation de la nature, en excitant les éliminateurs, indications qui se divise en deux sections : A. irriter la partie enflammée elle-même, quand elle abonde en sécréteurs et en exhalans, parce qu'il est prouvé qu'après les émissions sanguines elle peut se prêter à une supersécrétion qui achève de la délivrer de l'inflammation; B. irriter un autre organe qui puisse aussi sécréter, et c'est le plus prudent. Cette proposition résume les guérisons que l'on nous oppose comme propres à infirmer nos principes, et qui ne font au contraire que les confirmer.

3° Saisir le moment où la nutrition devient possible, pour rendre à l'économie les matériaux qu'elle a perdus, parce qu'il est évident que quiconque a souffert long-temps d'une inflammation a eu la nutrition diminuée et doit avoir besoin de réparation.

4° Veiller à l'écartement des causes qui ont produit la maladie et de celles qui ont une ac-

tion analogue à la leur. L'étude des causes devient ainsi fondamentale. Ceux qui affectent de les laisser dans le vague, ou qui en nient l'importance, n'y ont pas assez réfléchi.

5° Fournir constamment deux agens principaux, l'air et le calorique : un air pur, point de refroidissement ni d'excès de chaleur.

6° Quand on n'a pu faire avorter la phlegmasie et qu'elle est allée jusqu'à la suppuration, favoriser le travail de réparation locale que vous connaissez, qui cicatrise les ulcères, qui résout les engorgemens, qui procure l'élimination des matières devenues étrangères, de ce travail, en un mot, que vous voyez dans les plaies et les tuméfactions extérieures en étudiant la chirurgie; car c'est là qu'il faut l'observer : c'est par la chirurgie qu'il faut commencer l'étude de la médecine. Vous savez ce qu'on fait pour traiter les plaies et les tumeurs chirurgicales : on emploie tour à tour la sédation et la stimulation. Il faut agir de même à l'intérieur.

7° Favoriser le retour des propriétés vitales et des fluides à l'état normal. Vous avez vu que toute phlegmasie qui dure un certain temps altère les fluides et la nutrition. Vous seriez peut-être tentés de prendre ce fait pour base de l'indication principale; mais ne vous y trompez pas, et surtout prenez garde de tomber dans l'humorisme. Quand même il y aurait des miasmes dans l'économie, ils en sortiront, et

tout se rétablira avec un bon air et de bons alimens.

Tels sont les traits principaux que je désirais retracer à vos esprits. Nous allons maintenant diriger nos regards sur les organes de la respiration pour en étudier les inflammations, et je puis vous prédire que vous n'y trouverez pas fondamentalement autre chose que ce que nous avons déjà vu.

QUARANTE-NEUVIÈME LEÇON.

5 mars 1832.

—

Des inflammations pulmonaires en général, et de leur étiologie.

Messieurs,

Nous devons nous occuper des inflammations de l'appareil respiratoire, ou plutôt du principal organe de cet appareil; car il se compose, comme vous savez, des os et des muscles qui le font mouvoir, du larynx, de la trachée et du poumon. Nous avons déjà étudié celles du larynx, comme touchant de trop près aux phlegmasies de l'arrière-bouche pour les en séparer. C'est donc dans le poumon proprement dit, en y comprenant la trachée, que nous allons porter maintenant nos investigations. Ce sujet est un des plus importans de la pathologie. Il faut d'abord nous rappeler que le poumon, dans l'état normal, est composé de plusieurs tissus, dont chacun jouit d'une action différente, dépendante de sa contexture et des principes immédiats qui le constituent, de la quantité de nerfs et de vaisseaux de différens genres qui entrent dans sa composition.

Cela posé, nous savons que plus un organe

a de tissus, plus il est disposé à éprouver des affections morbides différentes. Vous avez vu, dans les inflammations de la peau, les sympathies et les réactions être en raison de la quantité des vaisseaux et des nerfs ; vous avez vu cet organe s'altérer dans ses fonctions exhalantes et sécrétoires en raison de la multiplicité de ses sécréteurs. Vous avez observé dans le tissu cellulaire des modes peu variés d'inflammation, parce que ce tissu est simple. Vous en avez remarqué de plus multipliés autour des articulations, parce qu'elles se composent d'un grand nombre de tissus différens. Dans tous ces cas, l'inflammation a été proportionnée à la vitalité des tissus, et vous avez pu la contempler dans tous ses degrés, depuis le plus faible jusqu'au plus intense. Je vous ai cité les autopsies des goutteux comme pouvant vous offrir des exemples de tous les effets de l'inflammation. Je vous ai dit que, chez eux, on trouvait, en tel endroit de la suppuration, en tel autre de la graisse, ici une sécrétion calcaire, là un cartilage en détritus, plus loin un os usé, détruit par l'inflammation ou réduit à un amincissement extrême, nécrosé dans un point, se désorganisant dans un autre. Lorsqu'on observe toutes ces altérations dans une maladie, il est impossible de méconnaître que le phénomène de l'inflammation se diversifie selon les tissus, et que, plus ils sont multipliés, plus les formes merbides sont nombreuses.

Même observation dans les inflammations des

ouvertures des membranes muqueuses, surtout dans les parties où il y a beaucoup de vaisseaux sanguins, de nerfs, de capillaires de toute espèce, de follicules, de houppes nerveuses ou nervoso-sanguines et une sorte de tissu érectile. L'inflammation peut régner avec fureur dans ces membranes et les désorganiser promptement. Dans les nuances inférieures, elle agit surtout sur les sécréteurs. Vous avez remarqué sa marche : elle semble avoir des nuances infinies et constituer des affections de nature différente; mais, au fond, elle n'offre que la diversification d'un phénomène unique, ainsi que le prouve la comparaison soutenue des faits et des différentes manières dont l'inflammation se communique et change d'aspect en changeant de siége.

Même observation encore dans les inflammations des organes de l'abdomen. Vous avez vu l'inflammation dans les différentes régions de la membrane muqueuse du canal digestif, que quelques auteurs ont nommée papillaire à cause du nombre infini de ses papilles nervoso-sanguines. M. Gendrin, dans son excellente *Histoire de l'inflammation*, ne veut pas qu'on donne à cette membrane le nom de muqueuse, comme aux autres, mais celui de villeuse ou de villo-muqueuse, car elle est l'une et l'autre, ce qui la rend propre à émouvoir un grand nombre de sympathies. Toutes les impressions qu'elle reçoit vont retentir au loin, et par elle est remuée toute l'économie. Nous ne pourrions exister si elle était inerte comme la capsule d'un chimiste.

Vous avez remarqué que, lorsque l'inflammation est aiguë et qu'elle attaque les endroits où les villosités et les follicules sont le plus nombreux, il y a plus de sympathies, et qu'il y en a moins dans le cas contraire : l'inflammation du colon, où ces villosités sont plus rares, en excite moins que celle des intestins grêles.

Lorsque l'inflammation s'établit avec lenteur dans cette membrane villo-muqueuse, comme il arrive sous l'influence de certaines causes, elle porte plus particulièrement sur les follicules et les désorganise d'une certaine manière.

Etant donnée une inflammation dans l'étendue du canal digestif, cette inflammation, en changeant de place, change aussi de sympathies : ainsi, l'inflammation du pylore ne produit pas les mêmes influences que celles du cardia : cette dernière ne réagit pas sur l'économie comme la duodénite ou l'entérite, ou la phlegmasie concentrée autour de la valvule iléo-cœcale.

Faisons l'application de ces considérations au poumon, en commençant par nous rappeler son organisation, conformément aux vues fécondes de Bichat, qui peuvent avoir été amplifiées, mais qui demeurent les idées-mères de la médecine; car ce grand homme exercera toujours une puissance à laquelle nul ne pourra se soustraire, et que nous avons ressentie en commençant à suivre ses cours. Si, depuis lors, nous avons eu le bonheur de rendre quelques services à la science, ce n'a été qu'en faisant fructifier ses idées. C'est lui qui, en traitant

du caractère des propriétés vitales dans chaque tissu, en a fait connaître la constitution propre, ou le tempérament, selon l'expression de Bordeu.

Vous trouvez dans le poumon un tissu muqueux de rapports. Quoiqu'on lui refuse le nom de papillaire, il n'en est pas moins très sensible, et il produit des sympathies fort actives. Un stimulant placé dans le larynx vous en donne la preuve par la promptitude avec laquelle il provoque la toux. Lorsque vous avez un rhume et que la sensibilité bronchique est exaltée, l'envie de tousser se fait sentir, et tout le système nerveux est modifié aussitôt que quelques mucosités sont formées dans les bronches. La membrane muqueuse pulmonaire est donc une surface de rapports extrêmement parlante, qui doit être considérée sous deux points de vue, comme surface nerveuse et sensible pouvant communiquer et recevoir des sympathies, comme surface sécrétoire contenant des follicules muqueux. En observant ses différentes régions, vous remarquerez que ces follicules y varient en grosseur, qu'ils sont volumineux dans le larynx et la trachée, et qu'ils deviennent de plus en plus petits dans les divisions bronchiques, où l'on finit par ne plus les apercevoir, ce qui n'empêche pas qu'il ne s'y secrète un fluide analogue à celui de la trachée et du larynx. Voilà un premier tissu.

Nous en avons un autre affecté à la nutrition de l'organe ou à sa vie propre : c'est le système sanguin des artères et des veines bron-

chiques, auquel il faut joindre le système nerveux de ces vaisseaux, et qui s'affecte ordinairement de concert avec le tissu muqueux. Ces trois tissus, le muqueux, le sanguin et le nerveux, se trouvent associés dans les bronches. Vous avez ensuite l'appareil sanguin destiné à l'oxigénation du sang et isolé du précédent. Ce sont de gros vaisseaux que l'anatomie fait connaître, qui se plongent dans le poumon et s'y divisent brusquement pour se ramifier et se perdre en capillaires innombrables, et dont les uns apportent le sang noir, et les autres le remportent rouge, sorte de fonction à part, qui peut avoir ses lésions indépendantes de celles de la surface sécrétoire et de rapports, quoique son sang s'y mêle avec le sien.

Nous avons une membrane séreuse, la plèvre, qui enveloppe de toute part le poumon, revêt les côtes et forme les médiastins, tissu inerte, comme le péritoine, sous le rapport des relations, sans sympathies avec les autres organes, non destiné aux rapports avec les corps extérieurs, ne faisant point naître des mouvemens dans l'économie comme la membrane muqueuse des bronches, laquelle sent très vivement certains gaz et certaines vapeurs capables, par leur impression sur elle, de produire la suffocation.

Entre ces tissus s'en trouvent plusieurs autres: d'abord le tissu cartilagineux élastique, qui devient membraneux, susceptible de contraction et de spasme à la faveur de fibres musculaires qui lui sont ajoutées. Cette action contractile

s'associe nécessairement à celle de la membrane muqueuse, de même que, dans le canal digestif, la vessie et l'utérus, l'action contractile du tissu musculaire s'associe à celle de la membrane muqueuse de ces organes. Les autres tissus intermédiaires sont des tissus aréolaires qui méritent la plus grande attention : ils sont le siége d'une petite exhalation qui entretient la souplesse de l'organe; leur vitalité n'est pas en rapport avec la sécrétion graisseuse, mais ils ont une petite rosée humide qui s'interpose entre leurs aréoles, le système bronchique, le système vasculaire et la plèvre.

Ces tissus contiennent des vaisseaux lymphatiques que l'on a probablement exagérés, mais qui existent réellement, et de plus un certain nombre de glandes qui se trouvent particulièrement autour des bronches et entre leurs ramifications. Ce sont des ganglions comme ceux du mésentère, étrangers à la sécrétion de la mucosité bronchique.

Voilà les tissus du poumon.

Rappelons-nous leurs fonctions : 1° aération du sang, qui s'exécute par deux grands mouvemens, un de dilatation de la poitrine, et un autre de resserrement. Aux mouvemens d'aération, se lient les mouvemens de la phonation, de la toux, de l'éternuement, du rire, du sanglot, des soupirs, etc., qui n'en sont que des modifications; 2° phénomène chimique, qui introduit l'oxigène dans le sang; 3° fonction sécrétoire, qui se fait dans la surface

de rapports, fonction peu expliquée parce qu'elle s'accomplit dans l'intimité des organes, et que nous n'en voyons guère que les résultats; 4° fonction d'exhalation séreuse interstitielle et aréolaire; 5° fonction circulatoire d'aération; 6° fonction nutritive commune à tous les organes.

Comment arrive l'irritation à cet important organe? par ces diverses fonctions.

Premièrement, les grands mouvemens respiratoires qui président à l'aération du sang sont une source d'irritation, dans l'état normal, par l'exercice de la parole, de la voix, du chant, et, dans l'état morbide, par la toux, l'éternuement, qui sont des effets de l'irritation et qui en deviennent eux-mêmes des causes, c'est-à-dire qu'après avoir été provoqués par elle, ils la provoquent à leur tour. Cette source d'irritation est quelquefois très féconde chez les personnes qui font un fréquent usage de la voix, surtout si elles ont un obstacle à la circulation; car l'action du poumon est étroitement liée à celle du cœur: il faut que le sang soit reçu dans une certaine mesure par le cœur, et que la perméabilité du poumon soit en rapport avec la contraction de cet organe, c'est-à-dire qu'il faut que le poumon laisse passer autant de sang que le cœur peut en admettre et en chasser, pour que celui-ci ne soit pas surchargé, et, réciproquement, le cœur doit recevoir le sang du poumon en juste proportion pour qu'il y ait équilibre entre les deux organes. Vous concevez que les person-

nes chez lesquelles cette double condition manquera ne pourront abuser du chant sans y trouver une cause de maladie. Quelquefois même le chant agit sans cette prédisposition, en faisant stagner le sang dans le tissu des poumons; ne l'oubliez pas : nous fonderons sur cette considération plusieurs données du pronostic et du traitement.

Secondement, la fonction sécrétoire et exhalante de la surface interne pulmonaire ne mérite pas moins d'attention. Cette surface partage avec toutes les autres membranes muqueuses la fâcheuse propriété d'être en quelque sorte le vicaire de la peau, c'est-à-dire de se mettre à agir davantage quand la peau agit moins, de recevoir plus de sang qu'à l'ordinaire, d'avoir ses sécréteurs dans une activité exagérée, quand ceux de la peau tombent dans l'inertie. Voilà des faits que l'on ne peut nier et qui constituent une source de maladies plus féconde encore que la première; car, le poumon étant un organe perméable, dès qu'il se trouve surchargé de sang, indépendamment de toute autre modification, le trop-plein tend à se dissiper par la sécrétion bronchique, et le mouvement sécrétoire dégénère aisément en mouvement inflammatoire.

Troisièmement, vous n'avez pas oublié e tissu interstitiel destiné à entretenir la souplesse de l'organe, tissu composé de petites cellules communiquant entre elles et abreuvées par une vapeur ténue. Le même mouvement qui exhale cette vapeur peut se dénaturer;

il peut même y avoir une telle impulsion communiquée au sang, qu'il fasse irruption dans ces petites cellules et les inonde : elles se trouvent ainsi affectées secondairement aux congestions sanguines. Mais il est possible de concevoir un mode primitif d'altération de ces petits tissus interstitiels. Si l'on ne peut le distinguer à la vue ni au microscope, soit que l'on n'ait pas d'instrumens assez puissans pour cela, soit bue des expériences n'aient pas été entreprises ou faites convenablement pour en donner la preuve matérielle, néanmoins le raisonnement l'indique et j'en suis convaincu. Cette fonction interstitielle se compose de deux phénomènes distincts, de l'exhalation de la petite vapeur et de sa résorption au moyen de petits canaux qui la versent dans les veines. Elle peut se léser secondairement ou primitivement : alors il survient un mode d'action morbide particulier que nous devons noter comme les autres.

Quant au tissu séreux, c'est presque toujours la diminution d'action de la peau, la nécessité où est l'animal à sang chaud d'exhaler ou de se dépurer par l'intérieur, quand il ne le peut par l'extérieur, qui en détermine l'affection ; c'est la loi : vous ne pouvez assimiler tous les liquides et les solides que vous introduisez dans votre corps ; il faut toujours qu'une action éliminatrice vous débarrasse du superflu, soit par l'extérieur, soit par l'intérieur ; quand elle ne se fait pas dans un sens, elle se fait dans l'autre. L'individu qui a été forcé de sécréter long-

temps à l'intérieur, au lieu de sécréter à l'extérieur, ne se trouve plus dans la même condition que les autres. Il porte une source de maladies qui n'est pas exclusivement propre au poumon, mais qui exerce sur lui une influence considérable, que l'on a mal appréciée. Quand nous arriverons à la fin de ce cours, je vous ferai des rapprochemens qui imprimeront à cet égard la conviction dans vos esprits. En attendant, cette source de maladies vous paraîtra, j'espère, évidente. Son mécanisme est facile à saisir : refoulement du sang à l'intérieur, altération secondaire des mouvemens exhalans et interstitiels, dans l'intérieur comme à la superficie des poumons, passage à l'état morbide. En effet, le tissu séreux qui enveloppe immédiatement le poumon partage, avec tous les autres tissus semblables, la propriété de se léser. Presque toujours vous avez vu l'inflammation arriver dans les séreuses par deux voies, par l'intérieur et par l'extérieur : par l'intérieur, quand l'organe qu'elles recouvrent est affecté; par l'extérieur, lorsque l'inflammation a régné dans l'appareil musculaire et les a ensuite envahies. Il y a des cas où cette lésion paraît primitive; mais ils sont difficiles à distinguer.

Le poumon étant destiné à l'aération du sang, peut ne recevoir de l'atmosphère qu'un fluide peu propre à la respiration. Il en résulte une maladie qui est quelquefois primitive dans les fluides, mais qui s'étend aux solides, et

plonge les malades dans la débilité et l'asphyxie.

L'oxigène et le calorique, sans parler des impondérables, dont l'action est plus obscure, peuvent, par leur excès ou leur défaut, produire des inflammations et des maladies non inflammatoires, dont nous ne devons pas encore nous occuper.

Quelquefois l'air, sans être privé de l'aliment nécessaire à l'oxigénation du sang, peut contenir des principes irritans, comme lorsqu'il est chargé de certains brouillards ou de certaines vapeurs : cela rentre dans les modifications de la membrane muqueuse.

Nous devons aussi tenir compte des causes morales ; car tous les viscères sont exposés à des excès ou à des défauts d'innervation. Vous avez vu l'exercice outré des facultés intellectuelles et les passions devenir causes d'affections cutanées, de phlegmasies du canal digestif, et de névroses associées à ces phlegmasies. Ces causes agissent aussi sur les organes de la respiration. Cependant je vous invite à vous tenir en garde contre le rôle que l'on fait jouer aux causes morales dans la production des maladies pulmonaires. Lorsque vous aurez donné uue longue attention à l'étiologie de ces maladies, vous serez convaincus comme moi que beaucoup de névroses respiratoires, que l'on attribue à des causes morales, sont plutôt l'effet de lésions du cœur, nerveuses, organiques ou inflammatoires.

Quelles sont les formes que va prendre l'irritation dans le poumon? Nous devons les connaître et les rattacher à celles des autres organes, conformément à la méthode simple et logique du bon sens.

L'irritation agissant sur les sécréteurs de la mucosité pulmonaire, vous aurez une phlegmasie catarrhale telle que celle des autres membranes muqueuses. Si la cause a quelque chose de plus actif que celle qui produit le catarrhe, si elle joint à la propriété de faire supersécréter celle d'irriter la partie nerveuse et sanguine de la membrane, vous aurez une inflammation plus franche et plus sèche. Voulez-vous la démonstration de cette double proposition? deux expériences bien simples, qui se présentent d'ailleurs assez souvent à vous toutes faites, vous la procureront : contractez une fois, en vous exposant au froid, un rhume simple, qui marchera un certain temps et se terminera de lui-même ; stimulez-vous une autre fois la surface bronchique avec du chlore : vous verrez, dans ce dernier cas, que vous aurez plus qu'un catarrhe, vous aurez une inflammation catarrhale, avec une plus grande augmentation de la sensibilité bronchique. La même chose peut résulter de l'impression du froid sur la surface cutanée : dans certaines années, il causera des inflammations de cette dernière forme, et le même mouvement organique qui, dans d'autres circonstances, ne produit que la toux, déterminera alors des convulsions.

Nous avons donc deux formes principales de phlegmasie de la membrane muqueuse pulmonaire : une qui affecte surtout les follicules et produit la supersécrétion, l'autre qui lèse surtout les capillaires sanguins et les extrémités nerveuses. Cette division est en rapport avec les faits anatomiques sur lesquels j'ai appelé plus haut votre attention, et avec ce que je vous ai dit de la finesse du sens interne bronchique.

Mais le poumon n'est pas seulement destiné à sécréter ; il reçoit plus de sang qu'il ne lui en faut pour sa nutrition, et sert de lieu de dépôt et de passage à toute la masse de ce fluide. Il accomplit donc deux fonctions à la fois. Si l'irritation de sa membrane muqueuse est trop vive, elle retiendra le sang dans le cercle de la circulation pulmonaire, et il se formera une congestion autour de la bronchite. Si cette congestion se fait avec trop de promptitude, une inondation du tissu cellulaire interlobulaire, une péripneumonie ou une apoplexie sanguine pourront en être la conséquence ; il pourra même arriver que le sang rompe ses digues, et qu'une hémoptysie abondante, suivie quelquefois d'une prompte mort, en soit le résultat. Voilà donc l'inflammation phlegmoneuse et l'hémorrhagie qui peuvent s'ajouter à l'inflammation de la membrane muqueuse, et en dépendre. Une autre cause que le catarrhe ou la bronchite peut aussi produire ces effets : il est possible qu'un individu, après s'être refroidi, n'éprouve pas de catarrhe, mais que, de prime abord, le

sang retenu dans le poumon devienne pour cet organe un irritant qui y développe l'inflammation. Alors le tissu muqueux, qui tout à l'heure était affecté primitivement, le sera secondairement, et le malade aura une pneumo-bronchite au lieu d'une broncho-pneumonite. Pour ne pas laisser échapper une occasion de rapprochement, vous devez comprendre, par ce fait, comment les personnes dont la respiration et la circulation sont habituellement gênées à cause du défaut d'équilibre entre le cœur et le poumon, sont toujours exposées aux catarrhes et aux pneumonies, et doivent passer leur vie avec ces affections, surtout pendant le froid. C'est en étudiant ainsi les maladies du poumon sous le rapport des causes, que vous parviendrez à les comprendre : si vous voulez procéder par l'anatomie pathologique et les groupes de symptômes, sans la physiologie, vous n'y parviendrez jamais. Il faut vous guider par ces trois moyens réunis : la physiologie, la séméiotique, et l'anatomie pathologique.

Supposons maintenant que l'irritation s'étende à la plèvre : celle-ci devient le siége d'un afflux, et s'enflamme consécutivement au poumon. Depuis vingt-cinq à vingt-six ans que j'interroge, dans les hôpitaux, les malades qui m'apportent des pleurésies et des pneumonies, je vois que presque toujours elles sont consécutives à la bronchite, et je considère comme des exceptions celles qui sont primitives. J'ignorais cela en en-

trant dans la pratique, parce que je ne savais pas que l'irritation inflammatoire dût être considérée comme cheminant ainsi dans le corps d'un tissu à l'autre. Cependant il est des cas où, le refoulement du sang étant donné, la pleurésie semble être primitive. Il en est aussi où l'inflammation arrive manifestement à la plevre de l'extérieur, ceux, par exemple, dans lesquels un rhumatisme produisant ses effets sur les articulations et voyageant de l'une à l'autre, arrive sur les côtes, et détermine à l'instant une pleurésie partielle. Je vous ai déjà fait faire ces observations pour la péritonite, à laquelle elles sont moins souvent applicables.

Voilà donc l'inflammation du plus haut degré arrivée aux divers tissus du poumon par plusieurs voies; mais il ne faut pas s'attendre à la rencontrer toujours aussi bien caractérisée. S'il en était ainsi, il n'y aurait que des inflammations franches qui se termineraient toujours de la même manière, et la médecine ne présenterait point de difficultés. Mais la nature ne connaît pas cette uniformité On a voulu créer des modèles en présentant des faits isolés; mais ces modèles, vrais en eux-mêmes, sont rarement applicables. Il est indispensable d'étudier l'inflammation dans toutes ses nuances.

Lors donc que l'inflammation n'est pas dans ce haut degré, et qu'elle se perpétue dans un plus bas, elle présente d'autres groupes de symptômes, d'autres altérations pathologiques,

et reçoit des noms différens. Ainsi, vous avez, après le catarrhe aigu, le catarrhe chronique convulsif ou non convulsif; après la pneumonie aiguë, la pneumonie chronique; après la pleurésie aiguë, la pleurésie chronique.

Jusqu'à présent nous avons dit peu de chose du tissu interstitiel. Voyons-le d'abord envahi par l'inondation du sang dans la pneumonie ou l'apoplexie pulmonaire, qui marche trop vite pour que l'inflammation ait le temps de se développer, et qui étouffe le malade avant qu'on ait pu le secourir. C'est un fleuve qui déborde, et qui laisse à sa suite des ravages irréparables.

Lorsque l'irritation règne pendant long-temps dans ce tissu interstitiel, il reçoit une lésion qu'il n'éprouve pas dans la pneumonie ni dans le catarrhe violent. Le travail dont il est le siége se dérange, sa nutrition se trouve intervertie, et il en résulte une maladie à laquelle nous donnerons bientôt un nom. Cette irritation se prolongeant dans une nuance légère, a pour conséquence de graves désordres; mais ces désordres sont en raison de la constitution et de la prédisposition des sujets : il en est qui sont si bien constitués qu'ils en paraissent exempts, tandis que d'autres y tendent en quelque sorte irrésistiblement. Vous avez déjà remarqué un fait analogue dans le canal digestif : vous avez vu que plusieurs enfans ne peuvent éprouver l'entérite sans avoir le carreau, et que, plus ils sont lymphatiques, plus ils l'ont volumineux; que, parmi les adultes, il s'en trouve aussi, quoiqu'en beau-

coup moins grand nombre, qui contractent cette maladie, et que les vieillards en sont presque complètement exempts.

Je ferai, à ce sujet, une réflexion : on nous parle beaucoup de la diminution du système lymphatique, et même de la disparition de certaines glandes à mesure que l'homme avance en âge; mais cela n'a encore amené aucune conclusion. En voici une pourtant : c'est que ce tissu est peu nécessaire à l'entretien de la vie, tandis qu'il l'est beaucoup à son développement. Dans le premier âge, où la nutrition doit être active et où il faut que le corps végète et croisse, celui-ci a besoin d'être plus perméable, et le tissu lymphatique lui procure cette perméabilité. Mais, quand il ne s'agit plus que d'avoir une absorption et une circulation, ce tissu n'est plus aussi nécessaire, et disparaît en grande partie; les veines deviennent le principal moyen d'absorption. Ce fait vient à l'appui de nos propositions étiologiques, et sert à faire comprendre pourquoi, une irritation chronique des poumons étant donnée, les jeunes sujets sont plus exposés aux tubercules. Mais cette lésion du tissu interstitiel peut être elle-même primitive, comme toute irritation. Supposez des individus de constitution lymphatique, jeunes, forcés de vivre à l'intérieur par l'habitation dans les pays froids et humides, de se dépurer par les surfaces internes au lieu de se dépurer par la peau, et vous concevrez que les tissus interstitiels du poumon puissent se léser primitivement, ainsi que les ganglions sous-cutanés. De cette manière,

vous concilierez des idées et des systèmes en apparence contradictoires, et vous aurez des tubercules ou des altérations interstitielles primitives, comme vous en avez de consécutives. Les unes et les autres seront des effets de l'irritation, avec cette différence que les dernières seront des résidus de phlegmasies chroniques, tandis que les premières seront immédiatement le produit d'un état subinflammatoire. Ces degrés de l'irritation sont tous liés entre eux. Que le froid agisse sur la peau tendre et poreuse d'un petit scrofuleux, le lendemain même, sans qu'il y ait de phlegmasie cutanée, il se développera des ganglions sous-cutanés, surtout si le froid s'est fait sentir à l'approche du printemps. A cette époque, le froid et le chaud s'entremêlant et se trouvant secondés par une plus grande humidité, les maladies irritatives qui en résultent sont plus fortes qu'en hiver, parce que cette dernière saison émousse la sensibilité. Non seulement ce petit scrofuleux aura des ganglions tuméfiés, mais il pourra avoir aussi des vaisseaux lymphatiques gonflés, des engelures, les lèvres épaisses, le nez et les oreilles engorgés. La même chose peut arriver aux poumons, c'est-à-dire qu'ils peuvent être lésés primitivement dans leurs fonctions lymphatiques et interstitielles. Ne point considérer ainsi les phénomènes de la vie, c'est se montrer incapable de les comprendre.

Voilà donc les véritables élémens de l'étiologie des maladies du poumon. Nous poursuivrons cet intéressant sujet dans notre prochaine réunion.

CINQUANTIÈME LEÇON.

7 mars 1832.

MESSIEURS,

Vous avez dû comprendre par les idées générales que je vous ai présentées sur les inflammations du poumon qu'elles ne doivent pas être isolées en autant d'espèces qu'il y a dans cet organe de tissus différens qu'elles peuvent affecter, mais que le phénomène de l'inflammation doit être envisagé dans ces tissus comme pouvant passer de l'un à l'autre et produire successivement toutes les formes d'inflammations pulmonaires. En effet elle se succèdent, se remplacent ou se compliquent de manière que, pour en connaître une, il faut les connaître toutes. Nous avons dit qu'elles offrent à considérer différens degrés d'intensité, de même que différens siéges, et qu'elles se présentent ou comme de simples irritations fluxionnaires pas assez fortes pour déterminer des congestions de sang, ou comme les inflammations franches et complètes. Nous sommes ensuite convenus qu'il fallait en commencer l'histoire par la bronchite, parce qu'elle est la plus commune, et, en quelque sorte, la mère de presque toutes les autres.

De la bronchite ou du catarrhe.

Elle n'est pas autre chose que l'inflammation des bronches, et se présente sous deux aspects: l'un plus particulièrement sécrétoire, et l'autre sécrétoire et convulsif. Nous allons parler d'abord du premier comme du plus simple.

La bronchite est une maladie si commune, qu'il est peu de personnes qui en soient entièrement exemptes dans nos six mois d'hiver. Le froid la produit de diverses manières. Il peut d'abord agir par l'air atmosphérique : un air qui devient subitement froid, de chaud qu'il était, ou, ce qui revient au même, l'exposition à un air froid en sortant d'un lieu chaud, la substitution subite de vêtemens froids ou légers à des vêtemens chauds, le séjour des vêtemens humides sur la peau, l'exposition à un courant d'air, certaines pratiques hygiéniques qui obligent de se découvrir la peau et de se refroidir, comme les frictions, l'application des sangsues ou de la glace, une chute dans l'eau, le refroidissement et l'horripilation qui résultent des passions telles que la peur, l'horreur, la vue d'un objet hideux, d'un spectacle horrible, réel ou joué; la percussion du vent pendant qu'on est immobile, le frisson des accès de fièvre intermittente, l'abandon des vêtemens de laine, auquel Sydenham, qui habitait le pays froid et humide de l'Angleterre, attribue les plus graves maladies de poitrine, et qu'on ne peut guère se permettre impunément dans ce pays, aussi bien

que chez nous, qu'au solstice d'été; toutes ces causes qui sont autant de manières d'être influencé par le froid, peuvent produire la bronchite ou quelque chose de plus grave. Elles sont indirectement stimulantes; elles diminuent l'action de la peau en lui soustrayant le calorique, et, par cette soustraction, elles en font retirer le sang ou l'empêchent d'y arriver. Cela est si vrai, qu'on emploie le froid comme antiphlogistique ou comme moyen de chasser le sang d'une partie où il est accumulé, de prévenir la formation d'une inflammation ou de la combattre quand elle est récente. En forçant ainsi le sang de se retirer de la peau, le froid diminue les excrétions et leur ferme une voie; mais, comme il faut que le sang se dépure en versant dans l'atmosphère avec son eau superflue ses principes excrémentitiels, il est indispensable qu'une autre voie leur soit ouverte: ce sont les reins ordinairement, quelquefois le canal digestif, et très souvent les bronches qui leur livrent passage, parce que la plus grande masse du sang se trouve dans la poitrine et que les viscères les plus sanguins sont ceux sur lesquels se font les refoulemens et les concentrations lorsque la circulation diminue à l'extérieur. Ces refoulemens s'accompagnent nécessairement d'un surcroît d'exhalation et de sécrétion des follicules muqueux, qui peut se changer en inflammation.

Outre ces causes, nous en avons de directement stimulantes, telles que l'inspiration de gaz irritans, comme le chlore, l'aspiration de

corpuscules étrangers, de l'eau : on voit des personnes s'enrhumer pour s'être introduit quelques gouttes d'eau dans la trachée.

Nous avons aussi les influences venant des autres organes. Une sécrétion peut diminuer à la peau et être suivie d'une supersécrétion des bronches; une hémorrhagie peut cesser et être suivie d'une bronchite; mais le plus souvent ces causes n'agissent pas seules : si vous y regardez de près, vous voyez que presque toujours il y a une influence simultanée du froid. Je ne puis m'empêcher de vous faire remarquer, à ce sujet, que nous avons déjà rencontré un grand nombre de maladies qui sont produites de la même manière. Il arrive souvent par cette raison que l'on contracte en même temps le rhumatisme et la bronchite; le rhumatisme articulaire ou l'arthritis, et même des attaques de goutte, quand on y est prédisposé. Sous la même influence aussi se voient les coliques et les diarrhées. Il y a un trait commun entre ces maladies : c'est une supersécrétion de mucosités ou de fluides lymphatiques et albumineux venant du sang et qui sont modifiés par la structure de la partie qui les fournit et son degré d'irritation. C'est là ce qui a fourni l'occasion à quelques médecins de revenir à l'idée des anciens, qui ne mettaient pas au nombre des inflammations les maladies survenues à la suite du froid, et caractérisées à leurs yeux par le flux d'une matière blanche qu'ils appelaient *rheuma*, d'où est venu le nom de rhume, et

de décrire des maladies catarrhales et rhumatismales indépendantes de l'inflammation. Mais le progrès des sciences porta plusieurs nosologistes, entre autres Pinel, à rapprocher ces maladies des inflammations. Il prouva même qu'il y avait identité entre les unes et les autres, dans leur plus haut degré d'intensité. Depuis, nous avons fait plus: nous avons démontré que, même dans l'état chronique, ces phlegmasies muqueuses ont encore le caractère irritatif. C'est un nouveau progrès; mais il se trouve encore aujourd'hui des hommes rétrogrades qui, revenant sur une question jugée, nient le caractère inflammatoire du rhumatisme et des affections muqueuses. Ceci soit dit en passant, afin que vous ne soyez pas surpris de nous voir placer ensemble, parmi les inflammations, les rhumatismes et les catarrhes.

La bronchite commence quelquefois par un coryza: il y a des personnes chez lesquelles ce dernier est toujours seul et ne dépasse pas l'arrière-bouche ou le voile du palais, et il y en a d'autres au contraire qui sont sûres d'avoir une bronchite quand elles ont un coryza. La bronchite peut aussi commencer par une affection de la gorge ou du larynx, par une trachéite avec enrouement, extinction de voix. Elle peut être primitive. J'ai souvent remarqué un rapport entre les parties sur lesquelles le froid agit, et l'organe par lequel débute la bronchite: quand elle dépend d'un refroidissement de la tête, elle commence souvent par les fosses

nasales ; quand elle dépend d'un refroidissement du cou, elle s'annonce par la laryngite ; quand elle dépend du refroidissement du dos, ce qui arrive lorsqu'on a chaud par-devant et froid par-derrière, comme dans les camps, au feu des bivouacs, elle débute par une trachéite ; fait-on un mouvement précipité, éprouve-t-on une passion vive après avoir été frappé du froid, la bronchite débute par la congestion pulmonaire, qui, dans la majeure partie des cas, n'est que l'effet de cette affection : on croit alors avoir une attaque d'asthme, et ce n'est qu'un rhume. A proprement parler, la bronchite n'a pas de début uniforme, et, indépendamment des causes, chaque tempérament a sa manière d'en éprouver les premiers phénomènes. Notez qu'il n'est pas nécessaire d'avoir souffert du froid, c'est-à-dire d'en avoir senti l'impression d'une manière pénible pour être attaqué de bronchite non plus que de péripneumonie : quelquefois c'est dans le moment où l'on se trouve le plus à l'aise, après s'être débarrassé d'un gilet de laine, que l'on contracte cette maladie. Cela est bon à savoir : car vous trouverez des personnes qui vous soutiendront que ce n'est point le froid qui les a enrhumées, des femmes surtout, qui ne veulent point porter des vêtemens de laine de peur de se déformer la taille.

Quand la maladie est caractérisée, voici ce que l'on observe : enrouement, sentiment de mucosités dans les bronches, besoin plus ou moins pressant de les expectorer, raucité, si

c'est la partie supérieure qui est prise, absence de ce signe, si c'est l'inférieure; en appliquant l'oreille sur la poitrine, on entend une espèce de râle; la toux est provoquée par un sentiment de picotement et de démangeaison au larynx ou dans la partie moyenne et supérieure du thorax. Ceci mérite d'être remarqué : la stimulation qui porte à tousser est sentie dans ces deux endroits, quoique sa cause ou l'inflammation soit ailleurs. Vous pourrez faire la même remarque dans les affections du cœur, où le sentiment de dyspnée est rapporté à la partie moyenne.

La toux est sèche dans le commencement de la bronchite, et même tellement sèche, que les individus croient n'avoir pas de catarrhe, et prennent cela pour une simple irritation; s'ils sont dans un état de pléthore ou dans le cas d'une suppression d'évacuation sanguine, vous hésiterez à reconnaître une bronchite ; le diagnostic pourra vous embarrasser. Pour éviter de l'établir au hasard, informez-vous s'ils ont été exposés au froid, et, au lieu de discuter avec eux et de les contredire, car la contradiction ne fait qu'exciter les passions et éclaire rarement, consultez leur poitrine. Le râle du catarrhe a été fort bien décrit par Laennec : c'est un bruit de bulles humides qui crèvent; ce bruit est en même temps humide et sibilant.

Lorsque la bronchite a fait plus de progrès, la toux devient plus vive et s'accompagne d'un petit mouvement convulsif et souvent de dou-

leurs. S'il survient une secousse de toux un peu forte, la douleur se sent à l'endroit d'où part le rhume : le point le plus enflammé ressort douloureusement, et il semble que quelque chose se déchire dans ce point. Cela dépend de la distension des bronches, comme on peut s'en convaincre en examinant le mécanisme de la toux. Pour tousser, nous retenons l'air dans la poitrine en fermant le larynx, et nous l'expulsons ensuite subitement en contractant les muscles de l'abdomen et le diaphragme ; nous le retenons en haut en même temps que nous le poussons d'en bas : son choc contre la glotte la force de s'ouvrir, et il sort avec violence. Cette secousse distend nécessairement les bronches et fait ressortir l'endroit enflammé : le malade pourrait mettre le doigt dessus.

Si vous cherchez à connaître les symptômes locaux, vous verrez que la rougeur des bronches est évidente. Vous la constaterez dans les cas de mort violente, par suicide ou autre cause : vous verrez la membrane muqueuse d'un rouge vif, par zones ou surfaces pointillées, avec des mucosités filantes et adhérentes. On fait grand bruit des fausses membranes ; mais toutes les maladies inflammatoires des surfaces muqueuses, qui attaquent surtout leurs follicules, s'accompagnent de fausses membranes qui ne diffèrent entre elles que par le degré de cohésion . dans le commencement, elles donnent lieu à un tapis muqueux qui se détache facilement, parce qu'il se forme dessous une petite secrétion qui le soulève.

Vous voyez qu'on peut constater le siége de la bronchite par des signes positifs, depuis les fosses nasales jusqu'aux dernières ramifications des bronches.

Si elle est fort intense et le sujet très sensible, la toux est douloureuse ; si vous contractez trois ou quatre bronchites l'une après l'autre, vous finissez par tousser sans douleur ; s'il y a longtemps que vous en avez éprouvé, elle peut être excessivement douloureuse : c'est pour vous dire que la sensibilité des bronches s'émousse promptement ; au bout de quelques jours, elle n'existe plus. Rapprochez ce fait des inflammations où vous avez vu la douleur n'exister dans les viscères que pendant les premiers momens, et vous sentirez combien il est important pour le diagnostic de ne point s'obstiner dans l'idée qu'il faut absolument de la douleur pour caractériser une inflammation interne. La sensibilité s'use par les premiers moyens, pourvu qu'ils soient propres à la calmer, et souvent elle manque entièrement, même dans la péritonite, où elle est ordinairement si aiguë.

Les sympathies résultant de ces inflammations du tissu muqueux bronchique sont une dédolation générale, un sentiment de courbature comme si l'on était contus, ou comme si l'on avait des rhumatismes dans les membres. Au fait, on peut fort bien avoir en même temps des rhumatismes, un lombago, une sciatique et une bronchite. Avant donc de rien préjuger, quand une personne vous déclare qu'elle est enrhumée et

qu'elle éprouve simultanément des douleurs dans les membres, dites-vous à vous-même : La bronchite est un effet du froid, mais elle peut n'être pas la seule maladie qu'il ait produite. Vous palpez les endroits où le malade accuse des douleurs, et vous voyez s'il n'y a pas co-existence de rhumatisme ou d'atrhitis, ou si ce n'est qu'une dédolation. Quelquefois les malades ont un rhumatisme qui disparaît quand le rhume est bien prononcé, tant il est vrai que l'inflammation est un phénomène mobile qui se transporte d'un point à un autre, surtout chez les sujets nerveux. Voilà encore une raison à ajouter à celles que je vous ai données contre la prétention d'étudier la médecine uniquement d'après l'anatomie pathologique, qui ne met que trop tard sous nos yeux les altérations des organes.

Viennent ensuite les douleurs de tête, qui sont de plusieurs espèces : celles du coryza, qui consistent en un sentiment de pesanteur dans la tête; celles de l'appareil musculaire céphalique, qui sont un endolorissement des muscles de la tête, qui peut avoir été frappée par le froid; celles résultant des secousses de toux qui accumulent le sang dans la tête, surtout chez les personnes pléthoriques dont la circulation est gênée et qui n'ont pas été saignées. Ces secousses produisent une congestion d'abord mécanique, qui peut devenir inflammatoire ; car tout s'enchaîne.

Pour ce qui est de la fièvre ou de la fréquence du pouls, nous voyons qu'un rhume modéré,

faible, circonscrit, peut ne point l'occasioner, mais que, quand ce rhume est un peu étendu et qu'il pénètre au fond des bronches, il s'accompagne nécessairement de fièvre.

Très souvent un homme qui n'a pas eu de coryza primitif peut, par secousses et engorgement, en avoir un secondaire.

Voilà la bronchite dans son état de simplicité. Mais, qu'elle ne soit pas traitée, que l'individu reste exposé au froid, que les modificateurs qui lui ont fait perdre l'équilibre ne soient pas changés, et vous allez voir le rhume sortir des limites de la membrane muqueuse; vous allez avoir de l'inflammation plus que vous n'en voudrez et plus qu'il n'en faut pour satisfaire ceux qui sont le plus jaloux de congestions sanguines et de suppurations : elle va se déclarer dans le poumon autour des bronches et former un commencement d'engorgement et de péripneumonie; les secousses de la toux vont produire des congestions, des accumulations de sang, des engorgemens dans le cœur, dans le poumon, dans le foie, dans l'estomac, dans la tête. Que cela ensuite soit négligé, et vous allez voir se former trois ou quatre points de phlegmasies tellement intenses que vous ne saurez plus auquel vous adresser. Ce n'est pas tout encore : vous avez vu qu'en toussant daus le commencement du rhume, les malades éprouvent un sentiment de déchirement dans les bronches... L'inflammation peut traverser et gagner la plèvre. Alors les douleurs de-

viennent déchirantes pendant la toux. C'est une chose que j'ai mis beaucoup de temps à constater avant d'oser l'affirmer publiquement.

Voilà donc la bronchite naissant, se développant et se trouvant enfin portée au plus haut degré. Voyons sa marche.

Elle est subordonnée aux modificateurs et n'a rien d'absolu. Si l'on soustrait le malade aux causes qui l'ont occasionée, la bronchite ne sera pas forte, il n'y aura pas de congestion grave dans les viscères : après qu'on aura toussé pendant sept à huit jours, les douleurs des bronches cesseront, il n'y aura plus de mouvement fébrile, le malaise se dissipera, le malade crachera de la mucosité, et entrera en convalescence. Le plus souvent, comme cette bronchite est peu douloureuse, qu'elle développe peu de sympathies, qu'elle permet de marcher et d'aller à ses affaires, on ne la traite pas, et l'on en contracte une seconde, une troisième, une quatrième, etc. Quelquefois tout un hiver se passe ainsi en bronchites renaissantes. Mais, si vous en contractez une pendant l'été, elle se comporte différemment. En deux fois vingt-quatre heures, si vous êtes bien constitué, elle arrive à son point de coction ou de maturité, et, après quelques jours d'expectoration, vous en êtes complètement débarrassé. La bronchite est donc une maladie protéiforme. Au reste, en la traitant à ce degré, on parvient promptement à s'en guérir ; mais il ne faut pas être

obligé de parler ni de professer. Il y a des bronchites qui ne durent que dix jours ; il y en a qui durent davantage ou qui passent à l'état chronique.

Je n'ai rien à vous dire des autopsies. On ne meurt pas de bronchite ; c'est une maladie trop légère et qui ne trouble pas assez l'économie pour être mortelle par elle-même ; elle ne peut le devenir que par addition d'une forte congestion, d'une péripneumonie ou d'une autre maladie grave.

Pour le pronostic, il faut considérer l'état de l'individu, son genre de vie, et si la bronchite ne sort pas de ses limites. Tant qu'elle n'est compliquée d'aucune congestion pulmonaire avec son mat, râle crépitant, rien n'est à craindre. Toutes les fois qu'il y a une fièvre vive, vous devez songer à un certain degré de péripneumonie ; car la bronchite seule ne donne pas beaucoup de fièvre. Vous devez songer aussi qu'une personne peut être attaquée d'une bronchite dans le moment où elle a un certain degré de gastrite, qu'elle peut contracter en même temps l'une ou l'autre, ou bien, qu'en voulant faire avorter sa bronchite par un stimulant, du punch, du vin chaud, elle a pu se donner une gastrite. Alors la bronchite peut être très fébrile, sans qu'il y ait péripneumonie. Il faut aussi avoir égard à la manière dont se fait la circulation : une des causes les plus ordinaires de la prolongation de la bronchite, c'est la difficulté

de la circulation. Les personnes dont le cœur est gros, hypertrophié, actif, qui ont habituellement le pouls fréquent, les extrémités chaudes (il y en a beaucoup dans ce cas; mais il ne faut pas pour cela les mettre au rang des personnes atteintes d'une affection organique du cœur), contractent facilement des bronchites et ont plus de peine à s'en débarrasser. Ecoutez donc le cœur, percutez, auscultez : si la percussion ne donne pas un son mat, et si l'auscultation ne fait entendre qu'un râle muqueux, il n'y a que catarrhe et point pneumonie; si le cœur bat dans une petite étendue, s'il n'est pas gros, brusque, violent, s'il n'a pas de soulèvement en masse, s'il ne donne pas un son clair étendu, si le malade n'a pas eu précédemment d'oppression habituelle, il n'y a pas congestion au cœur. Ce malade en restant tranquille, va guérir facilement, moyennant toutefois qu'il n'ait pas de gastrite. Dans les conditions contraires, la chance ne sera plus la même. Vous devez donc avoir présentes toutes ces complications, pour porter votre jugement.

Le rhume, cette maladie si commune, est la plus difficile à isoler de celles qui lui ressemblent et des causes qui l'entretiennent. Cependant une personne bien constituée, qui n'a point d'obstacle à la circulation ni de maladie antérieure, s'habitue au froid, et sans se vêtir davantage, voit son rhume se passer. Il y a même des cas où l'on est obligé de se dévêtir en partie pour

faire passer une bronchite qui était entretenue par la chaleur et la stimulation de la peau. On ne doit donc pas toujours attribuer exclusivement cette maladie au froid ; mais il faut voir s'il n'y a pas de désordres dans le poumon, de son mat, d'induration partielle, de péripneumonie chronique, de disposition hypertrophique du cœur, etc. Hors ces cas, la bronchite est une maladie simple qui se termine favorablement.

On la traite de diverses manières : beaucoup de personnes, jeunes, bien constituées, qui n'ont ni gastrite, ni affection chronique, qui ne sont pas trop en pléthore et n'ont pas d'inflammation dans le poumon, se guérissent par les stimulans, en prenant du vin chaud, du punch, un bouillon chaud, une infusion aromatique, ou seulement de l'eau de guimauve très chaude. Elles font ainsi transpirer fortement, et leur bronchite avorte, comme peut avorter toute irritation qui n'a pas pris racine. Mais cette méthode est la moins sûre, et je n'oserais la conseiller à ceux mêmes auxquels elle a déjà réussi plusieurs fois; car ils peuvent se trouver dans une disposition qui ne soit pas favorable à la révulsion, et je ne voudrais pas me charger de la responsabilité d'un pareil traitement. Il est plus sage de soustraire les stimulans et de faciliter la sueur : en se retranchant un repas, surtout celui du soir, ou en ne mangeant pas pendant un jour, en buvant de l'eau de gomme

ou une infusion chaude de guimauve ou de violette (il n'est pas besoin de sudorifiques plus actifs), en restant tranquille, renfermé chaudement dans son lit ou dans sa chambre, on fait avorter sa bronchite. S'il reste de la toux, on prend un léger calmant.

Mais il est de ces cas où le catarrhe ne cède pas aussi facilement. Pour lier tous les objets, je dois vous dire que cette affection ayant commencé par les fosses nasales peut y rester prédominante et y produire une suppuration, des ulcérations, et que la même chose peut arriver pour la gorge et le larynx, où l'angine et le croup peuvent s'établir. Le catarrhe restant fixé dans les bronches elles-mêmes, comme elles sont entourées d'un tissu sanguin, il y aura plus qu'une phlegmasie muqueuse : il y aura une congestion parenchymateuse. Dans ces cas, le traitement ne sera plus le même ; il faudra agir selon les symptômes : le rhume produit-il une congestion forte dans la tête, il faut avoir recours à la saignée générale, ou au moins à une saignée locale pratiquée à la partie inférieure et antérieure du cou pour débarrasser en même temps les bronches et la tête ; l'irritation se fixe-t-elle au larynx, il faut employer les saignées locales ; ne devient-elle considérable que quand elle s'est propagée dans le poumon, il faut avoir recours aux saignées générales pour empêcher ou pour détruire la pneumonie ; les saignées purement locales suffisent

si la fièvre est peu considérable et le râle seulement muqueux ; avez-vous affaire à un sujet qui ait un obstacle à la circulation, commencez par la saignée générale, ensuite faites une saignée locale, en appliquant les sangsues sur le point de la poitrine où est le râle. Si en même temps que vous employez ces moyens, vous tenez le malade à la diète, vous viendrez à bout de sa bronchite. Mais il faudra quelques jours pour que la sécrétion opaque s'établisse, et quelques jours encore pour qu'elle se tarisse.

Il y a, à ce sujet, des distinctions à faire : chez les uns, le passage de la sécrétion filante à la sécrétion purulente est prompt, et l'expectoration s'en fait par une toux facile ; chez les autres, les crachats ont peine à se former, et la toux est opiniâtre et fatigante. Ces derniers sont des personnes sèches qui ont des follicules muqueux peu développés, de sorte que, quand vous leur avez administré les premiers moyens, ce ne sont plus les évacuations sanguines ni les sudorifiques qui leur conviennent, mais les narcotiques. L'opium vient ici à propos, après les saignées, les sangsues et les boissons émollientes. Il faut le fractionner et le donner à des intervalles rapprochés, par sixième ou huitième de grain, toutes les quatre ou six heures, suivant la sensibilité des sujets.

Lorsque vous traitez sérieusement une bronchite grave et fébrile qui force le malade à se mettre au lit, il faut examiner l'état de l'esto-

mac; car il arrive souvent que les personnes qui ont beaucoup toussé éprouvent une irritation gastrique que vous devez commencer par enlever, si vous voulez que l'opium produise son effet.

La bronchite convulsive nous occupera dans la prochaine séance.

CINQUANTE ET UNIÈME LEÇON.

9 mars 1832.

—

MESSIEURS,

Nous avons commencé l'histoire des phlegmasies pulmonaires par la bronchite, après vous avoir développé soigneusement les causes qui déterminent l'inflammation dans l'appareil pulmonaire, à l'exception des traumatiques, comme les coups, les chutes, les blessures, qui n'appartiennent pas spécialement à la bronchite. Nous avons vu qu'il y a une nuance de cette inflammation qui porte surtout sur les follicules, et une autre dans laquelle le tissu propre de la membrane muqueuse est plus particulièrement affecté. Nous avons décrit la bronchite commune, et fait voir comment l'inflammation qui la constitue peut s'étendre, se déplacer et se communiquer à d'autres tissus du poumon que celui dans lequel elle a pris naissance; nous avons démontré aussi que les mêmes causes qui produisent la bronchite peuvent occasioner en même temps une autre irritation, surtout celle de l'appareil locomoteur, comme on le voit dans certaines épidémies. Nous avons décrit la marche de cette affection en la considérant dans les différentes circonstances où elle peut se présenter: A. nous l'avons vue chez un sujet neuf, bien

portant auparavant, considéré comme soustrait aux causes ou à la répétition des causes qui l'avaient produite; alors les matières, d'abord âcres, filantes, deviennent opaques, se détachent facilement et amènent la diminution simultanée de tous les phénomènes d'irritation; B. nous l'avons supposée renouvelée par le froid, à l'occasion de mille influences, surtout par le manque de soin, dans une nuance violente et pouvant produire une congestion, un commencement de péripneumonie et de pleurésie. Nous nous sommes arrêté là, parce que, si nous eussions voulu la suivre plus loin, nous fussions sorti de la bronchite simple. Nous avons terminé en vous indiquant les différentes méthodes qui ont été mises en pratique pour la combattre. Je vous ai dit que la méthode d'avortement par la stimulation révulsive, qui pouvait réussir dans le début de la maladie chez un sujet jeune, n'était pas sans inconvénient, et que, lorsque la maladie avait fait des progrès, il était imprudent de l'employer. Je ne vous ai rien dit du tartre stibié, parce que je me réserve de vous en parler à l'occasion de la péripneumonie.

De la bronchite convulsive. (Coqueluche, grippe, *influenza*.)

Il nous faut maintenant examiner cette maladie sous la forme convulsive; nous la verrons ensuite dans l'état chronique, qui peut être aussi bien la suite de l'état convulsif que de celui qui ne l'est pas.

La bronchite a toujours quelque chose de convulsif quand elle est un peu vive : si vous observez de près, vous verrez qu'il y a toujours une tendance au spasme et à la convulsion du diaphragme et des muscles de la poitrine dans les premiers jours d'une bronchite intense qui se développe ou qui a été exaspérée. D'ordinaire, la saignée, le repos et quelques infusions de guimauve font disparaître cet état. Ceux qui l'éprouvent sentent bien distinctement et disent d'où vient le mal : ils ont une stimulation vive, une démangeaison, un picotement, un chatouillement des bronches, qui détermine les mouvemens convulsifs. Concevez cela plus intense ou portez-le à un degré plus élevé, vous allez avoir le catarrhe convulsif. Il y a des années où presque tous les catarrhes ont ce caractère et où il ne se manifeste pas seulement chez les enfans, mais aussi chez les adultes ; cependant, plus le sujet est jeune, plus il y est disposé. Comme nous ne connaissons pas les influences particulières des années, des vents, des météores qui produisent cette variété, il faut nous attacher spécialement à sa description : il y a toux, comme dans les cas précédens, toux provoquée par un sentiment impérieux, irrésistible, d'une violence extraordinaire ; le malade expire plusieurs fois de suite, par secousses, épuise en quelque sorte ses poumons d'air, après quoi il fait une grande inspiration précipitée par laquelle il reprend haleine et engouffre avec bruit dans ses poumons autant d'air qu'ils en peuvent

contenir. Cette inspiration est à peine finie que l'expiration saccadée recommence avec une telle vivacité que le malade n'en est point maître, et qu'il saisit ce qui se présente à lui et s'y tient cramponné jusqu'à ce que, l'appareil respiratoire étant pris de convulsion, l'estomac entre en scène et la toux se termine par un vomissement glaireux qui entraîne la mucosité des bronches.

Cette toux peut se présenter à tous les âges; mais elle est plus commune chez les enfans depuis quatre ans jusqu'à la puberté. Pendant les quintes, le sang s'accumule dans la tête au point que la figure devient rouge, violette, noire, et que certains malades perdent momentanément la vue et, jusqu'à un certain point, le jugement; ils rendent quelquefois du sang par les narines. Après l'accès, ils restent essoufflés, accablés, affaissés, et en craignent le retour. Tel est le caractère de cette toux. Le reste des signes se confond avec la bronchite ordinaire; il y a absence de râle crépitant et des autres signes de pneumonie, très souvent des douleurs de tête, parce que les secousses précipitées de la toux ne peuvent avoir lieu sans que le sang s'y amasse; irritation de l'estomac plus souvent que dans l'autre catarrhe, parce que l'estomac prend part à l'état convulsif, ainsi que le prouve le vomissement qui termine l'accès de toux chez la plupart des malades et qui ne peut se faire sans contraction de cet organe. Cette participation gastrique est ce qui a porté plusieurs auteurs à placer le siége de la coqueluche dans l'estomac, tandis

qu'il ne s'en est point trouvé qui aient songé à y mettre celui du catarrhe. Le pouls est plus ou moins fréquent dans le commencement, il y a aussi sentiment de fatigue et de dédolation, enrouement, espèce de coryza avec plénitude causée par l'afflux des mucosités dans les fosses nasales, peau sudorale comme dans la bronchite commune.

Si vous lisez les ouvrages des épidémistes sur la coqueluche et la grippe, vous verrez que toutes les marches sont possibles dans cette affection; mais il faut vous présenter cela en langage physiologique, c'est-à-dire en termes clairs, sans prestige ni ontologie. Le catarrhe convulsif passe quelquefois à l'état inflammatoire : alors, le plus souvent, il perd son caractère convulsif, et une pneumonie, une pleurésie, une gastro-entérite, une gastro-pneumonie intense peuvent se déclarer. Lorsque la phlegmasie, ainsi disséminée, a pris un caractère grave, l'irritation ne venant plus d'un seul point ne fait plus agir les muscles inspirateurs dans le mode convulsif; ce mode disparaît, ou il n'en reste que quelques traces. D'un autre côté, il peut survenir, dans la violence des quintes de toux, des phénomènes apoplectiques, hémiplégiques, des congestions de sang dans le cœur, et même des péricardites, des hémorrhagies intérieures quand le sujet est pléthorique, ou quand, au lieu d'être calmé, il est excité mal à propos. Si l'inflammation ne l'emporte pas, ce qui heureusement est le plus ordinaire, surtout pour les enfans, qui

sont plus muqueux que les adultes et chez lesquels les mouvemens irritatifs se terminent par des sécrétions, la toux se comporte un peu différemment : après avoir éprouvé de la fatigue, de la fièvre, les malades finissent par en avoir moins, leurs quintes diminuent de fréquence et de vivacité, et deviennent de moins en moins convulsives ; ils peuvent manger, marcher, et sont arrêtés moins souvent par la toux. Quelquefois cet état dure trois à quatre mois : les enfans ont une ou deux quintes de toux par jour, suivies de vomissemens, et guérissent insensiblement. Les cas de ce genre sont très multipliés, surtout dans les campagnes. L'irritation s'épuise par les évacuations muqueuses, bronchiques et gastriques, et par l'habitude, qui émousse la sensibilité.

Mais toutes les coqueluches ne se terminent pas aussi heureusement. Parmi ces enfans il y en a qui contractent une pneumonie chronique, d'abord peu étendue, et n'arrêtant pas le mouvement convulsif, mais qui, au bout d'un certain temps, se prononce complètement et peut être suivie d'une pleurite chronique, ce qui met ces enfans en voie de consomption, et les conduit plus ou moins promptement à leur perte. D'autres, par les médicamens et le régime mal appropriés, sont pris d'une gastrite qui se substitue à la coqueluche. Vous voyez dans les épidémistes que le rhumatisme articulaire se développant conjointement avec la coqueluche, l'emporte quelquefois sur elle, tandis que d'autres fois le contraire arrive et qu'il semble lui donner une

nouvelle force. Il faut se garder de considérer cette maladie comme purement convulsive et indépendante de l'inflammation.

Vous reconnaîtrez ces diverses complications par les signes propres à chacune d'elles : si vous rencontrez, chez un individu en proie à la coqueluche, un son mat dans un point de la poitrine, ou de l'égophonie, ou un râle crépitant, avec une petite fièvre redoublant le soir, c'en est assez pour appeler votre attention sur le poumon, la pneumonie et la phthisie sont à craindre; si, au lieu de cela, cet individu ne digère pas, s'il a l'épigastre sensible, et s'il est sujet au vomissement, même sans avoir de toux, car le vomissement qui a lieu avec les quintes de toux peut aussi se répéter sans elles, si la langue est rouge, pointue, les papilles de sa base gonflées, s'il y a malaise, dédolation, météorisme et rénitence dans l'abdomen, vous reconnaîtrez sans peine que la coqueluche n'est pas simple, et qu'un état inflammatoire de l'estomac ou des intestins, qui a pris naissance au milieu des phénomènes convulsifs, s'y ajoute ou lui succède.

Les malades succombant à la coqueluche, on ne trouve pas chez eux de traces qui correspondent décidément à la forme convulsive. Cette absence de lésion propre a jeté les praticiens et les anatomo-pathologistes dans un grand embarras : toutes les fois que les convulsions ne tiennent pas à une phlegmasie du cerveau, de la moelle épinière, ou des gros troncs nerveux, on n'en voit pas de traces; la lésion se trouve dans des

points de phlegmasie où les nerfs ne paraissent pas plus affectés que le reste, ce qui revient à dire qu'il y a des inflammations qui sont accompagnées de phénomènes convulsifs, et d'autres qui en sont exemptes, et que rien ne décèle ce qui a provoqué ces phénomènes. Ainsi, lorsqu'un individu meurt avec la coqueluche, après avoir long-temps souffert, s'il ne succombe pas à une hémorrhagie du cerveau, à une déchirure du cœur, à une apoplexie cérébrale ou spinale, à quelques désordres violens dépendant de la stagnation du sang, on ne voit point de traces de ce qui a pu produire les convulsions. Peut-être qu'en comparant avec beaucoup d'attention les bronches des personnes qui ont succombé aux suites d'un catarrhe ordinaire avec celles des personnes qui sont mortes d'un catarrhe convulsif, on trouverait quelques différences; mais elles ne pourraient être que microscopiques. Il est rare, au surplus, qu'on succombe aux phénomènes convulsifs du catarrhe, à moins d'accidens; une phlegmasie chronique non prévue ou négligée est ordinairement la cause de la mort. C'est à cette absence de lésions anatomiques propres à la coqueluche qu'il faut attribuer la confusion dans laquelle on est tombé quand on a voulu en assigner les causes et le siége.

Les cadavres de ceux qui succombent, dans cette maladie, à des accidens consécutifs, ne présentent rien qui diffère de ce qui produit ces accidens, quand ils ne dépendent pas d'elle : ce

sont des traces de pneumonie, de pleurésie, de gastrite, qui peuvent fort bien se présenter sans catarrhe convulsif. En vous faisant faire ces remarques, je vous prépare aux névroses, qui ne laissent pas non plus de traces, ou qui en laissent de semblables à celles des phlegmasies.

Le pronostic de la coqueluche est plus délicat que celui de la bronchite simple : la violence des convulsions est une difficulté de plus à vaincre; très souvent ce qui remédierait directement à celles-ci nuit à l'état inflammatoire qui les accompagne, et le traitement antiphlogistique ne fait que diminuer les phénomènes convulsifs, sans les enlever complètement. Ainsi, la première proposition à énoncer, c'est qu'il y a plus de difficulté dans le traitement de cette maladie que dans celui du catarrhe simple. Il faut ensuite avoir égard au degré de l'inflammation qui accompagne la toux : plus cette inflammation est dominante, plus il y a d'espoir, puisqu'on peut la détruire, et que la majeure partie des phénomènes nerveux peuvent se dissiper avec elle.

Quand le catarrhe convulsif a déjà marché quelque temps, il devient plus difficile à traiter, surtout s'il est compliqué de points de phlegmasie dans le poumon, dans le cerveau, ou dans l'estomac. Il est essentiel que ce dernier organe soit sain pour recevoir les médicamens propres à calmer la toux. Lorsqu'il n'existe pas de ces points de phlegmasie, et que, la maladie étant récente, l'inflammation qui la constitue peut être détruite promptement, il y a peu de

difficultés. Lorsqu'il n'existe plus que l'habitude des convulsions, vous pouvez être rassurés : le seul danger qui pourrait subsister viendrait de cette mobilité excessive que l'estomac a acquise, et qui exige des précautions pour conduire la cure de manière à ne point le léser. Ainsi, quand une coqueluche commence, vous ne devez pas prédire qu'elle durera trois mois, même chez les enfans, puisque vous pouvez la faire avorter, ayant devant vous les antiphlogistiques et les narcotiques. Mais, quand elle a duré un certain temps, et qu'il existe des points de phlegmasie chronique que l'on ne peut détruire, ou des inflammations très prononcées, le pronostic devient extrêmement fâcheux.

Le traitement est la partie la plus délicate. Il en est de cette maladie comme de toutes celles où l'analyse physiologique n'a point été portée avec précision. Ce qui a le plus frappé les observateurs, ce sont les convulsions : la plupart se sont adressés principalement à ce phénomène, et ont attaqué la coqueluche par les antispasmodiques avant d'avoir combattu l'inflammation. De là sont venus les plus grands obstacles à la guérison du catarrhe convulsif, de la grippe et de la coqueluche. Parmi ces antispasmodiques se trouvent la belladone, l'opium, l'oxide blanc de bismuth, la valériane, les éthers, toutes les teintures d'opium, la digitale, et une foule de substances qui réunissent le principe âcre, amer, à un principe assoupissant et narcotique. Quelques uns se sont bornés au traitement anti-

phlogistique et adoucissant, et ont dû nécessairement trouver la maladie lente, rebelle, mais moins grave que les précédens. Les uns ont essayé la médication purgative par le calomel et le jalap ; les autres ont donné des substances alcalines, les bicarbonates et les sulfures, à peu près comme pour le croup, dans une intention perturbatrice, et sans trop savoir comment ces substances agissent. Enfin c'est la belladone qui l'a emporté et qui passe en Allemagne pour le spécifique de la coqueluche, à tel point que l'on a écrit qu'avec cette substance on pouvait braver toutes les coqueluches. Quand les accès sont éloignés les uns des autres et se montrent avec une sorte de périodicité, plusieurs praticiens ont eu l'idée de les attaquer avec le grand antipériodique, le quinquina, qui a aussi procuré des succès.

Mais, dans l'application de ces moyens, vous ne voyez pas les distinctions que la médecine physiologique apporte dans la théorie de cette affection, et auxquelles nous allons rattacher son traitement. Souvenez-vous que, dans le catarrhe convulsif, il y a deux choses fondamentales, l'état inflammatoire congestif et l'état nerveux, et que ces deux états ne doivent pas être considérés vaguement dans l'économie, mais qu'ils existent dans le poumon. Mettez en pratique cette idée. Si vous voyez dans le poumon une forte congestion sanguine, quelque chose qui se rapproche de la pneumonie, un cœur gros, des vaisseaux pleins, des quintes de

toux, avec plénitude de la tête, face colorée, vous avez affaire à l'état inflammatoire, et vous devez commencer par la saignée générale. Ensuite, s'il vous reste quelques embarras ou congestions partiels (ils sont d'ordinaire à la partie supérieure du poumon), vous y appliquez des sangsues. Comme l'estomac prend facilement part, à cause des secousses de toux, à l'état congestif et inflammatoire, vous examinez si le malade a soif, s'il a la langue rouge, pointillée, avec des papilles gonflées, de la sensibilité à l'épigastre, et, dans l'affirmative, vous placez là aussi votre saignée locale, vous retranchez tous les stimulans, soit en boissons, soit en alimens; vous couvrez l'épigastre de cataplasmes émolliens légèrement narcotiques, et vous recommandez le repos et le silence le plus complet. Ensuite, vous surveillez attentivement le malade, et vous vous tenez prêts à recommencer, s'il le faut, les émissions sanguines générales ou locales, jusqu'à ce qu'il ne reste plus rien d'inflammatoire. Ce but atteint, si votre malade conserve encore des secousses convulsives, et si l'estomac est bien disposé, vous pouvez, en donnant les narcotiques, obtenir un prompt succès; mais il faut vous y prendre dès le commencement; car, si vous laissez durer trop long-temps la toux convulsive, l'habitude s'en établit, ou elle revient à la moindre occasion. Il arrive souvent que des personnes qui ont eu un catarrhe convulsif contractent de nouveau cette toux si on les fait rire, ou si elles se livrent à quelque autre

acte analogue. On doit suspendre ces alimens jusqu'à ce que le calme soit rétabli; ensuite l'appétit indique le moment où l'on peut les rendre. On choisit les plus doux, comme le lait coupé, les bouillons gélatineux, les crêmes féculentes. C'est le moment d'administrer la belladone, l'opium, l'extrait de jusquiame, l'acétate ou le muriate de morphine. Maintenant vous avez des narcotiques à choix. Mais, direz-vous, il peut se rencontrer des estomacs tellement sensibles qu'ils ne puissent supporter ces substances. J'en conviens; mais vous avez une ressource, celle de la méthode endermique, en appliquant un petit vésicatoire, et faisant pénétrer le calme par cette voie. J'ai combattu avec succès, par ce moyen, des rhumatismes, des lombagos, des sciatiques, des douleurs internes très fortes. D'ailleurs n'avez-vous pas aussi le colon, qui se prête à l'administration des narcotiques aussi bien et mieux même que l'estomac? En effet, ces médicamens produisent plus d'effet, administrés par la voie inférieure, parce qu'il n'y a pas là de puissance digestive qui les dénature. Quant aux doses, il faut fractionner le grain d'opium ou de belladone. Celle-ci est efficace, employée dans l'état de pureté; mais les extraits que l'on en prépare sont sujets à être infidèles, attendu qu'ils peuvent être plus ou moins brûlés ou altérés. La plupart du temps je préfère l'opium à ces substances, parce qu'il est plus pur, et qu'on peut le subdiviser autant qu'on veut. Je le donne à la dose de un quart,

un huitième de grain, toutes les deux ou trois heures, incorporé à un peu de mucilage et de sucre. Si lamobilité convulsive est trop grande, vous pouvez multiplier les vésicatoires endermiques. Il faut empêcher que les malades ne courent, ne fassent des exercices violens et ne se livrent à des emportemens de colère ou à des communications sexuelles, en un mot à tout ce qui précipite les mouvemens respiratoires et circulatoires. Avec le temps, cette sensibilité et cette mobilité s'apaisent.

Au nombre de ces malades il s'en trouve toujours quelques uns qui ont une certaine disposition hypertrophique du cœur, à laquelle on ne pense pas d'ordinaire. Pour moi, dans quelque maladie que ce soit, la première chose que je fais, c'est de m'assurer de l'état du cœur, de voir s'il n'est pas trop volumineux, trop irritable, hypertrophié, parce que cette disposition aggrave toutes les maladies, surtout celles qui intéressent les organes respiratoires et le cerveau, et j'exige que l'on insiste davantage sur les émissions sanguines, et que, parmi les narcotiques, on donne la préférence à ceux qui ont la propriété de ralentir l'action du cœur, tels que la digitale et le sirop de pointes d'asperges, pourvu que le malade soit dans une condition propre à les supporter.

Quant à la coqueluche prolongée pendant plusieurs mois, et qui a déjà entraîné un commencement de marasme, ce n'est plus une coqueluche, mais une phlegmasie chronique du

poumon, dont on peut mourir suffoqué pendant une quinte de toux, ou une gastrite, ou une gastro-entérite chroniques, etc. Mais je dois vous renvoyer pour ces sortes de cas à l'histoire particulière de ces maladies, et à celle de la phthisie pulmonaire, sans quoi nous tomberions dans de continuelles répétitions.

Du catarrhe ou de la bronchite chronique.

Passons au catarrhe chronique, qui est encore une maladie sur laquelle on trouve beaucoup de controverses dans les auteurs, sous les divers rapports des signes, de la marche, des ouvertures dé cadavres et du traitement. Il faut d'abord savoir que toutes les personnes qui ont un obstacle naturel au cours du sang, et elles sont en grand nombre, conservent leur catarrhe plus long-temps que les autres. Il faut ensuite se souvenir que le catarrhe peut être entretenu ou renouvelé par une autre irritation, telle qu'une gastrite; que les personnes qui ont beaucoup d'embonpoint guérissent aussi assez difficilement, et que tel qui guérissait facilement d'une bronchite ou d'un catarrhe avant d'être gras, n'en guérit plus avec autant de facilité quand il a pris de l'embonpoint. Ces faits sont bien constatés. Il faut également ne pas oublier que, lorsqu'on a eu beaucoup de bronchites, on ne peut plus guérir facilement, parce qu'il se forme dans le poumon des noyaux d'induration et quelquefois des tubercules, et surtout parce qu'avec l'âge, la

force de la transpiration diminue, et qu'il est plus difficile de reprendre l'équilibre. J'ai recueilli sur ce catarrhe une foule de faits chez les vétérans de la garnison de Paris qui viennent mourir au Val-de-Grâce. Je vois comment ils finissent. Ce sont des hommes qui sont venus, pendant sept, huit ou dix ans, passer leur hiver à l'hôpital. Dans l'origine, ils n'ont eu qu'un catarrhe qui les a retenus une partie de l'hiver dans nos salles. Ensuite ils en ont eu plusieurs qui les ont forcés d'y passer l'hiver entier. Leurs fonctions ne se sont rétablies que pendant l'été. Lorsque ces hommes se croient guéris, il m'est arrivé de les explorer pour m'assurer s'ils ne conservaient pas un point d'irritation capable de ramener le catarrhe au retour de la mauvaise saison, persuadé que je suis que les maladies ne sont pas indépendantes des modificateurs, et qu'il vaut mieux étudier l'histoire physiologique et pathologique d'un organe pendant toute la vie, que de se borner à recueillir des histoires de maladies aiguës, qui ne sont que des épisodes. En général, ces malades ont un côté du poumon adhérent, et ce poumon respire moins que l'autre; quelquefois il y a un point qui donne un son mat, ce qui ne dépend pas toujours d'un engorgement, mais de l'adhérence qui fait que cette partie du poumon qui ne fonctionne plus comme l'autre devient moins perméable à l'air; plusieurs ont le cœur hypertrophié. Considérez cette double disposition : avec le cœur un peu hypertrophié, avec un poumon adhérent, travaillant un tiers de moins que son

congénère, le sujet peut être dans un état de santé apparente; mais, au premier froid, il tombera malade; quand il aura bien mangé, bien rempli ses vaisseaux de sang, et que le froid se fera sentir, il lui surviendra une congestion dans les poumons; et, s'il tarde à se mettre en mesure avec l'atmosphère au moyen des saignées, il perdra de sa force, et ne pourra plus guérir; les symptômes de l'anévrisme et de la pneumonie chronique se confondront avec ceux du catarrhe; tout cela ne présentera qu'une série de maux où d'abord on ne verra pas clair, et il faudra prendre des informations multipliées, qui, pour devenir convaincantes, auront besoin d'être vérifiées un grand nombre de fois. Dans nos climats, nous contractons dès l'enfance les premiers germes de cette disposition aux congestions sanguines. Ce n'est pas seulement le poumon, mais encore le cœur, et souvent l'estomac et le foie, qui nous l'offrent. Voilà des réflexions qui vont nous servir dans l'histoire que nous allons vous tracer du catarrhe chronique.

Quand il est simple ou sans complication, il est ordinairement entretenu par le renouvellement des causes, c'est-à-dire par l'action du froid, l'insuffisance des vêtemens, les excès d'alimens, la nourriture trop forte, l'exercice prématuré. Ces causes agissent presque toujours dans la jeunesse, et pendant la majeure partie de la mauvaise saison. Vous en constatez facilement l'influence, ainsi que la simplicité du catarrhe, par les phénomènes négatifs, l'absence des signes de la pneumonie, de l'anévrisme, de

la pleurésie, du son mat, du râle crépitant, et par la facilité que vous avez, si le malade reste soumis à votre observation, à le débarrasser de son mal, en faisant agir les causes contraires. Souvent les catarrhes guérissent, quel que soit le médicament par lequel on les traite, quand les viscères gastriques et le cœur ne sont pas malades; et vous sentez, d'après cela, qu'il doit y avoir une foule de spécifiques recommandés contre eux. Comme la majeure partie de ces affections est long-temps sans gravité, les cures peuvent être innombrables. Si vous consultez les prôneurs de ces cures, les uns vous vantent les infusions aromatiques, les autres les toniques, ceux-ci les sudorifiques, ceux-là les astringens, l'acétate de plomb, les substances où domine le tannin, et tous vous citent des guérisons à l'appui de leur prétendu spécifique. En effet, je le répète, rien n'est si facile à guérir que les catarrhes de la nuance de ceux contre lesquels tous ces moyens réussissent à peu près indistinctement; mais, plus tard, il n'en est plus ainsi. Il faut alors constater les désordres à mesure qu'ils se forment : quand vous parvenez à découvrir un son mat sous une clavicule, que vous entendez le cœur battre dans une plus grande étendue, que le malade s'essouffle, qu'il rougit et devient bleu dans les efforts de toux, vous avez un commencement d'obstacle à la circulation, et le catarrhe n'est plus simple. Cependant l'estomac peut continuer d'être sain, le malade manger avec appétit, se bien porter,

au moins en apparence; mais, que le moindre froid repousse le sang à l'intérieur, il tousse, et peut avoir même quelques symptômes d'asthme. Alors la maladie fait nécessairement des progrès, l'induration s'étend, une portion du poumon devient imperméable, un petit mouvement fébrile se développe, les crachats deviennent purulens, les côtes se dépriment d'un côté.... c'est le commencement d'une pneumonie chronique. Je ne veux pas conduire plus loin le malade, parce que ce serait anticiper sur ce qui doit être dit de cette dernière maladie. L'hypertrophie et la dilatation du cœur pourront aussi avoir fait des progrès, et alors il y aura anévrisme et stagnation du sang. En cet état, le catarrhe n'est plus simple, et cela vous explique pourquoi les ouvertures de cadavres diffèrent tant. On a dit que, la plupart du temps, l'induration n'appartenait pas au catarrhe, et qu'il dépendait d'une espèce d'altération des poumons qui les rend plus friables. Très bien; mais on ne succombe pas uniquement à cette altération : presque toujours il y a de plus, ou une affection du canal digestif, ou une maladie du cœur, etc. Ces faits n'ont pas été suffisamment isolés. D'autres ont examiné les bronches et les ont trouvées extrêmement dilatées. En effet, elles peuvent s'obstruer par les crachats qui s'y forment, et les efforts de toux les dilatent et les élargissent. On y a vu de la rougeur, et, chez certains individus, une infiltration séreuse que l'on a nommée œdème du poumon, et dont on a voulu faire une

maladie spéciale. Mais cet œdème appartient à toutes les maladies de poitrine qui se compliquent d'un obstacle au cours du sang. On a donc mis sur le compte du catarrhe des désordres qui n'en dépendent pas et qui sont les effets des complications qu'en se prolongeant il entraîne à sa suite. Ceux qui lui appartiennent en propre sont rarement capables de tuer. Ainsi, presque tous les malades que l'on regarde comme morts de catarrhe, et ceux en particulier qui ont les poumons œdémateux, ne succombent que parce qu'ils ont en même temps un anévrisme du cœur ou une lésion grave de quelque autre organe important.

Mais ce sujet est tellement vaste, que nous serons obligés d'y revenir.

CINQUANTE-DEUXIÈME LEÇON.

12 mars 1832.

—

Messieurs ;

Nous en étions aux bronchites chroniques, et je vous faisais remarquer les nombreux rapports de ces affections avec les autres inflammations pulmonaires, rapports tels, qu'on ne peut comprendre le catarrhe bronchique que quand on connaît toutes les autres maladies de poitrine. Il en est ainsi de chacune de ces affections en particulier : en admettre une isolée, c'est admettre une chimère.

Nous avons vu d'abord que le catarrhe chronique pouvait être la simple prolongation d'une sécrétion bronchique ; que cela pouvait se réduire en apparence à une habitude de supersécrétion, mais que cependant cette réduction n'était pas rigoureusement exacte, et qu'il y avait toujours de l'irritation dans la membrane muqueuse ; qu'il était impossible d'y concevoir une augmentation de sécrétion entièrement indépendante d'une injection capillaire et d'une irritabilité augmentée de la substance nerveuse confondue avec les capillaires sanguins dans le tissu de cette mem-

brane. On conçoit encore sans trop de difficulté que cette irritabilité et cette injection sanguines ne soient pas assez considérables pour s'exaspérer par l'emploi des stimulans ; mais on ne peut conclure de là qu'elles n'existent pas. Nous avons reconnu qu'une véritable inflammation, arrivée à un certain degré de décroissance, pouvait supporter ces stimulans et se guérir par le moyen des révulsions; ce qui ne détruit pas son caractère irritatif et prouve simplement que l'inflammation, dans une certaine nuance, supporte les stimulans. Nous avons donc vu, en résumé, que l'habitude de sécrétion constitue une des variétés du catarrhe chronique, et que presque toujours les bronchites qui ont été renouvelées plusieurs fois de suite pendant qu'elles étaient en voie de résolution, se réduisaient à une petite irritation avec supersécrétion des bronches. Je vous ai fait remarquer qu'un semblable état était souvent entretenu par une hypertrophie du cœur, une laxité de ses parois, d'où résultaient la stagnation du sang dans les poumons et une action plus forte des sécréteurs; qu'il était aussi entretenu par un excercice intempestif, par un régime trop stimulant qui renouvelait deux ou trois fois par jour une congestion dans le poumon et engendrait la pléthore, par une gastrite chronique, par les épanchemens et les corps étrangers développés dans la poitrine et pouvant y produire une pression capable d'entretenir cette affection. J'ai ajouté que, quand cela se prolongeait long-temps, il fallait nécessairement que les choses changeassent, ou que le

cœur s'affectât d'une manière plus grave, ou que l'irritation pénétrât dans le poumon, ou qu'il se fît un épanchement de sérosité dans la plèvre (ce qui compliquait le catarrhe d'une pleurite plus ou moins inflammatoire), ou qu'il s'ajoutât à l'irritation des bronches une irritation inflammatoire du canal digestif, de manière qu'on ne savait plus de quoi le malade souffrait davantage. Le plus commun, c'est la dégénérescence de la bronchite en une véritable inflammation.

Pour la nécroscopie, vous avez reconnu avec moi la difficulté de trouver un degré d'altération que l'on pût exclusivement attribuer au catarrhe chronique, parce que seul il ne peut tuer. Il consiste effectivement en une habitude de sécrétion plus ou moins copieuse, les malades crachant des matières dont les unes ressemblent à une sorte de pus, surtout ceux qui ont un obstacle au cours du sang, d'autres ne rendant qu'une matière visqueuse, comme vitrée, à laquelle les anciens ont donné les noms de pituite vitrée, et les modernes celui de matière colloïde ou plastique : noms qui n'expriment que des différences d'aspect et de consistance dans le mucus bronchique; mais vous savez quelles complications rendent ces catarrhes mortels.

J'ai à vous parler maintenant d'une nuance de bronchite dans laquelle il ne se forme presque pas de crachats, et qui a été caractérisée par Laennec sous la désignation de *catarrhe sec*, mots qui impliquent contradiction, parce que catarrhe suppose flux. Mais passons sur les

mots pour ne nous occuper que des choses. Ce catarrhe sec n'est autre chose qu'une extrême irritabilité des bronches chez des individus qui ne sont pas disposés à la sécrétion muqueuse; car il existe de grandes différences à cet égard: des personnes excrètent des mucosités en abondance pour peu qu'elles soient enrhumées, d'autres n'excrètent rien, souffrent de la poitrine, et crachent à peine dans les rhumes accompagnés des plus fortes congestions qui puissent exister sans péripneumonie. Ces dernières, douées d'une complexion sèche, peuvent contracter une irritation des bronches dans différentes circonstances, sous l'influence d'une gastrite, par exemple; car la gastrite, dans certaines nuances, excite la toux, pour peu qu'il y ait prédisposition; les deux membranes muqueuses pulmonaire et gastrique se mettent à l'unisson, et l'individu souffre plusieurs mois et quelquefois plusieurs années d'une irritation simultanée de ces deux membranes. Laennec a fait rentrer cette variété dans le catarrhe sec, de même que la toux des hypocondriaques, laquelle peut dépendre de l'irritation de l'estomac et être par conséquent la même que la précédente, c'est-à-dire la coïncidence d'une bronchite avec une gastrite chez des sujets nerveux.

Ce catarrhe sec peut aussi être l'effet de l'hypertrophie du cœur. Cet organe, non extrêmement dilaté, mais trop énergique, lance quelquefois le sang avec une telle violence dans les poumons, que les malades y ressentent de la dé-

mangeaison et ont de la tendance à tousser. Ce n'est donc qu'une irritation des bronches chez un sujet non disposé aux sécrétions abondantes.

En somme, ce catarrhe sec peut être ou la suite d'un rhume, ou l'effet d'une gastrite chronique pure et simple, ou le résultat d'une gastrite chronique chez un sujet nerveux, ou la conséquence d'une hypertrophie du cœur. J'aurai à vous parler aussi, en vous décrivant les maladies du cœur, d'un état nerveux peu connu qui en dépend.

On ne meurt pas plus de ce catarrhe que de l'autre. Il faut au moins qu'une congestion pulmonaire s'y ajoute pour qu'il devienne mortel, et cette congestion est facilitée par le mauvais état du cœur. Si, après s'être formée, elle se dissipe, et si, après s'être dissipée, elle revient à des intervalles plus ou moins éloignés, ce ne sera qu'un asthme; mais, si elle ne se dissipe pas et si elle suffoque le malade, ce sera un catarrhe suffocant. Dans ce dernier cas, l'autopsie met à découvert un poumon engorgé, variqueux, une espèce de semi-induration, d'engorgement noir, et une dilatation des bronches. L'individu avait-il beaucoup de sang, le sang ruisselle du poumon lorsqu'on le coupe ou qu'on le déchire; était-il, au contraire, lymphatique, épuisé par les saignées et la diète, on trouve de la mucosité, et les anatomo-pathologistes déclarent un œdème du poumon; avait-il eu beaucoup de dyspnée, le poumon n'est-il pas trop rempli de sang et de sérosité, et la violence

de cette dyspnée a-t-elle engorgé certaines portions du parenchyme tandis que d'autres sont super-crépitantes, ils disent qu'il y a emphysème du poumon. On a voulu faire de ces divers états autant de maladies particulières isolées du catarrhe, de la pneumonie, de la pleurésie, de tout enfin. Ce ne sont que des phénomènes secondaires, dépendans de circonstances déjà en grande partie indiquées : si l'individu qui meurt d'une congestion pulmonaire a beaucoup de sang, il présentera un engorgement sanguin et peu de sérosité; s'il a peu de sang et s'il est disposé à la leucophlegmatie, de la sérosité infiltrera son tissu pulmonaire; s'il est sec et s'il a eu une forte dyspnée, des attaques d'asthme, des spasmes du poumon, il pourra présenter en certains endroits la prédominance aérienne, la déchirure des cellules bronchiques et même de l'air au-dessous de la plèvre. Tous ces désordres correspondent à une cause ou à une circonstance particulière, et la mort n'arrive pas précisément par le catarrhe, mais par des accidens qui s'y ajoutent.

Quelquefois celui qui est atteint de cette espèce de catarrhe contracte une phlegmasie au-dessous de l'une des clavicules. Cela se voit souvent dans l'âge avancé, chez les personnes originellement fortes et robustes, qui ont résisté à un grand nombre de maladies, ou qui les ont bravées, ou que la misère a empêchées de se soigner. Il y a alors conversion de la bronchite en pneumonie, ou plutôt, pour parler physiolo-

giquement, l'irritation qui n'existait d'abord que dans les bronches se répand autour d'elles, dans le tissus où elles se plongent, et y produit les désordres de la pneumonie chronique.

D'autres fois, l'individu affecté en même temps de catarrhe chronique et d'un petit noyau de pneumonie chronique s'expose au froid et contracte une vraie pneumonie. Dans ce cas, il vous offrira les traces réunies de la pneumonie récente et de l'ancienne. S'il a eu en outre une pleurite, il vous en offrira aussi les caractères anatomiques. Mais il ne faudra pas mettre ces désordres ni la mort sur le compte du catarrhe chronique. Encore une fois, ce catarrhe ne tue pas; seulement celui qui le porte peut périr d'une congestion, d'une phlegmasie chronique du poumon, d'une pleurésie, d'une affection du système vasculaire, d'une gastro-entérite, parce que l'inflammation se sera développée simultanément dans un ou plusieurs des organes que ces maladies intéressent. Il y a à cet égard des variétés nombreuses : on peut trouver à l'autopsie, suivant la disposition des sujets, ou plus de sang, ou plus de sérosité, ou plus d'air. C'est comme dans les phlegmasies du canal digestif, où l'on voit des portions d'intestins rétrécies, constringées, d'autres portions distendues et dans lesquelles l'air semble s'être réfugié. Ne croyez pas à des œdèmes ni à des emphysèmes primitifs du poumon, à moins de blessures. Les maladies auxquelles on donne ces noms dans les ouvrages classiques ne sont

que celles que je vous ai décrites, et qui se sont compliquées d'emphysème ou d'œdème.

Voilà ce qui concerne les nécroscopies du catarrhe chronique. Je pourrais y ajouter mille états différens et vous entretenir pendant des journées entières de ce sujet, en me rappelant les centaines de cadavres que j'ai ouverts : je pourrais dire que, chez les uns, les muscles sont rouges, plus ou moins infiltrés, cohérens, rétractés ; que, chez les autres, le foie est jaune ou d'une autre couleur, la rate engorgée, ramollie, les intestins enflammés, amincis, ulcérés, etc. Ce ne sont là que des accidens qui s'expliquent de la manière que nous vous avons dite, c'est-à-dire par le phénomène de l'irritation, qui ne se tient pas dans les limites où il paraît d'abord, qui se répand et entraîne des décompositions, des désorganisations, des hypertrophies, des amincissemens, des fontes, des adhérences, etc. Si vous voulez mettre chacune de ces altérations sur le compte d'une phlegmasie particulière quelconque, vous n'en finirez pas, vous écrirez des volumes, de quoi encombrer toutes les bibliothèques, attendu qu'une maladie, pour peu qu'elle soit sérieuse, n'est jamais pure et simple. Je tiens à vous faire abandonner cette méthode rétrograde et souverainement ennuyeuse. Je suis sûr que, quand vous sortez de lire un ouvrage composé suivant elle, vous avez la tête engorgée, vous êtes oppressés et presque asthmatiques.

Quel est le pronostic du catarrhe chronique?

En saisissant bien ce que je viens de dire, il vous sera aisé de le porter · tant que vous n'avez qu'une habitude de supersécrétion sans hypertrophie, sans ramollissement du cœur, sans vieille pleurésie, sans affection quelconque qui puisse l'entretenir, le catarrhe est peu de chose; il suffit d'en faire cesser la cause pour qu'il se dissipe. Vous connaissez les attributs d'une bonne constitution; vous savez qu'un des principaux est que la poitrine soit large et le corps bien développé. Les catarrhes chroniques ont toujours un certain danger chez les personnes dont la poitrine est resserrée, le cœur volumineux, le sternum enfoncé, la colonne vertébrale déviée, les côtes affaissées d'un côté et soulevées de l'autre par suite du rachitisme, attendu que ces déformations tendent sans cesse à entretenir les congestions. On s'habitue tellement au froid, qu'une personne bien constituée qui négligera un catarrhe guérira sans prendre de précautions, même pendant l'hiver, ainsi qu'il arrive journellement à nos soldats qui contractent des bronchites et s'en débarrassent sans traitement en continuant de s'exposer à l'air froid, leur peau perdant peu à peu de sa susceptibilité.

Lorsque le catarrhe se prolonge, il y a toujours une cause à sa prolongation, et, si vous cherchez bien, vous la trouvez, ou dans une mauvaise disposition naturelle, ou dans une altération du poumon, ou dans une affection du cœur, ou dans une gastrite, etc. Cette cause trouvée, les élémens de votre pronostic

le sont. Vous sentez que, quand il y a un vice de circulation, le cas est des plus graves. L'asthmatique est presque toujours catarrheux, parce que, dans les attaques d'asthme, il se fait un arrêt de sang dans les poumons. Les bronches, sans avoir été primitivement malades, sont forcées de se mettre en action pour dégorger l'organe, et peu à peu elles s'altèrent. Il y a donc ici réciprocité : le catarrhe primitif peut incommoder le cœur en faisant obstacle à la respiration et forçant le sang à stagner, et, d'un autre côté, l'affection primitive du cœur peut influencer les bronches. Il faut tenir compte de tous ces faits pour le pronostic.

Lorsqu'il y a une pneumonie jointe au catarrhe chronique, le cas est grave. Le catarrhe n'est alors que la moindre affection ; c'est la pneumonie chronique simple ou tuberculeuse qui entraîne le plus de danger. Au reste, on ne peut pas plus répondre d'un individu affecté de catarrhe chronique que d'un qui a la respiration habituellement pénible par suite d'un vice du cœur ; il peut, d'un instant à l'autre, à l'occasion du froid, être pris de congestion pulmonaire et mourir d'un catarrhe suffocant, surtout s'il est porteur de quelque phlegmasie ancienne de l'abdomen, d'une hydropisie, d'une ascite, ou de toute autre affection qui s'oppose aux mouvemens du diaphragme.

Maintenant que les données commencent à se multiplier, il faut tâcher d'apporter dans le traitement de cette affection une certaine net-

teté. Avez-vous affaire à un individu attaqué purement et simplement d'une habitude de sécrétion surabondante des bronches par le prolongement d'un rhume négligé et répété, si cet individu a un certain degré de pléthore, la saignée devient son premier remède : quelquefois elle enlève tout-à-coup son catarrhe chronique. Est-elle insuffisante, vous examinez quelle est la portion de la poitrine où le râle est le plus muqueux, où il y a le plus de bouillonnement, et vous y faites une saignée locale : il n'en faut quelquefois pas davantage pour terminer la maladie. Si elle persiste, recherchez-en la raison ; vous la trouverez souvent dans l'insuffisance des vêtemens : beaucoup de personnes vont les pieds nus dans leurs bottes, et, ayant résisté long-temps au froid, croient que cela doit toujours se passer de même ; d'autres sont chauves, et l'absence des cheveux entretient chez elles l'habitude catarrhale. Observez ces causes et leurs analogues ; faites-les cesser, et vous verrez la maladie disparaître. S'il y a suppression d'évacuations sanguines, tâchez de les rétablir ; faites de même pour les affections cutanées supprimées ou rentrées. Tout cela est de pratique commune.

Quand vous avez écarté les causes qui entretiennent la bronchite chronique, vous cherchez à l'attaquer, vous réglez le régime : si c'est un individu trop nourri, vous réduisez ses alimens ; s'il s'agit au contraire d'un malheureux qui ne soit pas vêtu, dont la circulation soit affaiblie, sans que cela dépende d'un excès de dilatation

du cœur, les alimens substantiels deviennent son principal remède en rétablissant la transpiration et l'action à l'extérieur, et en empêchant la reproduction de la congestion pulmonaire.

Lorsqu'il n'y a pas de vice organique, vous pouvez remplir plusieurs indications qui appartiennent directement à la bronchite chronique: si la toux est vive, si elle est la suite d'un catarrhe convulsif et s'il est resté une grande sensibilité dans les bronches, vous pouvez retirer un grand avantage des narcotiques à faibles doses et souvent répétés. En tenant le malade au régime lacté, la toux se dissipe. Si le malade, au lieu d'être sec et nerveux, est lymphatique, mou, hypertrophié, et sécrète copieusement de la mucosité qui le suffoque le matin, il faut employer les émissions sanguines, et, quand vous avez combattu l'hypertrophie et le malaise du cœur, recourir à une médication qui réprime la supersécrétion, au sous-acétate de plomb, à la décoction de bistorte, de tormentille, en un mot aux substances astringentes et toniques dans lesquelles le tanin domine. Ces substances, et surtout le sous-acétate de plomb, mêlées à un narcotique, suppriment en même temps l'excès de mucosité et la toux. On donne aussi une boisson légèrement amère et aromatique, comme l'infusion de germandrée, ou le lichen d'Islande en décoction, en gelée, en sirop: on fait pratiquer des frictions à l'extérieur, et l'on ne donne au malade que peu à manger, parce

que toute digestion pénible produit une injection et une stase de sang dans le poumon.

Voilà le traitement du catarrhe chronique et en même temps la raison pour laquelle vous trouvez sur ce sujet tant d'opinions divergentes dans les auteurs, et surtout tant d'éloges prodigués aux substances narcotiques, toniques et astringentes ; c'est quand elles sont données dans ces cas simples qu'elles réussissent; mais, si vous les administrez à un homme qui porte un noyau de pneumonie chronique, ou qui ait simultanément, avec sa bronchite chronique, une irritation également chronique du pylore et du duodénum (beaucoup sont dans ce cas), ne croyez pas que vous le guérirez. Ne croyez pas non plus pour cela que la médecine soit conjecturale et vaine, et ne vous emportez pas contre elle en lieux communs et en déclamations, comme font ceux qui ne savent pas trouver ou qui craignent de chercher les causes des choses. Palpez, examinez s'il n'y a point de phlegmasie du canal digestif, et, si elle existe, combattez-la ; voyez si le malade est essoufflé, s'il a des palpitations à chaque exercice qu'il fait, si son catarrhe n'est pas seulement secondaire, et si sa principale maladie ne se trouve pas dans le cœur. Malheureusement on commet souvent la faute de confondre le catarrhe entretenu par une mauvaise circulation, avec d'autres maladies, et c'est ce qui a jeté tant de confusion sur son diagnostic. Vous n'avez à opposer à ce cas que

les palliatifs puisés dans les adoucissans, les calmans, les sédatifs spéciaux du cœur, les astringens, selon l'état dans lequel se trouve le canal digestif.

Quant aux infiltrations et aux emphysèmes du poumon, il n'y a pas de traitement particulier à leur opposer. Ceux qui les ont érigés en maladies spéciales n'en ont proposé aucun. Je le crois bien ! Qu'auraient-ils indiqué? des diurétiques?... ils ne seraient bons que si le canal digestif pouvait les supporter. Ce précepte, d'ailleurs, s'applique à toutes les hydropisies : quand il y a stagnation, épanchement de sérosité, les diurétiques conviennent, pourvu que l'estomac puisse les supporter.

Et les stagnations d'air dans le poumon, faut-il les traiter en insufflant des gaz irritans dans cet organe? nullement. Il suffit de calmer la constriction des bronches et de faire cesser le spasme qui a déterminé cette inégale distribution d'air. On n'a pu, dans tous ces cas, indiquer de traitement particulier, vu que ce sont des états cadavériques subordonnés à d'autres maladies.

De même, si le catarrhe dépend d'une cause qui fasse obstacle au jeu du diaphragme, vous n'avez guère que les palliatifs à lui opposer.

Fréquemment, pendant la grossesse, les femmes, surtout celles qui avaient, avant cette époque, un peu d'obstacle à la circulation, éprouvent un état catarrhal, si la membrane muqueuse est disposée à la sécrétion. D'autres sont oppressées, étouffent sans avoir d'état ca-

tarrhal, parce que la membrane muqueuse n'est pas chez toutes également propre à sécréter.

Après les moyens sus-indiqués, vous avez les révulsifs, les emplâtres irritans, les pommades stibiées, ammoniacales; les vésicatoires, les sétons, les cautères, qui sont d'utiles moyens, mais qu'il ne faut pas multiplier mal à propos quand on s'aperçoit que la sécrétion catarrhale et la congestion pulmonaire sont entretenues par d'autres maladies que celle du poumon.

Voilà ce que je crois devoir vous dire sur le catarrhe pulmonaire chronique. Je ne me suis pas beaucoup appesanti sur les signes qui peuvent être fournis par l'ouïe ou le stéthoscope, parce que je me réserve de vous les faire connaître en parlant des inflammations du poumon.

De la péripneumonie aiguë, ou fluxion de poitrine.

C'est assurément l'inflammation la plus forte et la plus sanguine qui puisse attaquer le corps humain, et elle occupe le même rang chez tous les animaux à sang chaud, tels que le bœuf, le cheval, qui l'éprouvent d'une manière extrêmement violente.

La peripneumonie consiste dans une inflammation violente de l'ensemble des capillaires sanguins du poumon, inflammation qui, dès les premiers momens de son existence, tend à extraverser le sang, à l'éliminer de ses vaisseaux, et à le faire stagner dans tous les tissus du poumon, surtout dans son tissu aréolaire.

Cette maladie débute de plusieurs manières. Prenons-la d'abord dans la forme aiguë; nous la verrons ensuite chronique. Le plus souvent elle vient secondairement au catarrhe. C'est un fait qui n'avait pas été suffisamment constaté autrefois. Je me rappelle que, quand j'entrai jeune médecin dans les hôpitaux, j'avais trois entités dans la tête, relativement aux inflammations du poumon : la péripneumonie au plus haut degré, la fausse péripneumonie (*péripneumonia notha*) et le catarrhe. Quand il s'agissait de porter le diagnostic, je ne pouvais venir à bout d'établir mes distinctions. Faut-il s'en étonner? ces distinctions, quand elles sont possibles, n'existent que durant un moment de la maladie. C'est comme si l'on voulait séparer la phlegmasie de l'estomac de celle des intestins grêles.

Le plus souvent elle commence dans les bronches, sous forme de bronchite ou de catarrhe. L'inflammation étant dans ces conduits chez un sujet sanguin disposé à la phlegmasie, elle les déborde, se répand dans le parenchyme et produit la péripneumonie. C'est ainsi que la plupart de ces inflammations n'ont été d'abord que des bronchites qu'on aurait pu empêcher de devenir des péripneumonies. Nous en recueillons fréquemment la preuve dans nos hôpitaux militaires. En consultant surtout les vétérans nous apprenons qu'ils ont toussé pendant deux, trois, six, dix, quinze, vingt jours, avant qu'on ait cherché à arrêter leur toux. Ceux qui arrivent n'ayant encore que des bron-

chites, peuvent être préservés de péripneumonies par un traitement approprié; ceux qui, dans la même condition, ne sont pas traités, deviennent péripneumoniques. Au total, il y a tout au plus un péripneumonique sur vingt ou trente, chez qui la péripneumonie soit primitive et n'ait pas été précédée de bronchite. Je crois même cette estimation au-dessous de la réalité.

La péripneumonie débute aussi, quoique beaucoup plus rarement, par une congestion. Offrons-en un exemple. Un homme aura beaucoup marché et se sera échauffé; il aura la circulation accélérée et transpirera abondamment: si cet homme s'arrête, boit de l'eau froide et s'endort à l'ombre (c'est surtout pendant le sommeil que le froid est le plus perfide), il pourra se réveiller avec une péripneumonie, sans avoir eu de catarrhe. Dans ce cas, la congestion précède l'inflammation, tandis que, quand la péripneumonie débute par la bronchite, l'inflammation précède la congestion. Il y a long-temps que, fondé sur l'expérience, j'ai établi cette distinction, et que je la professe. J'ai été très satisfait de la voir consignée dans l'estimable ouvrage de M. le docteur Gendrin. En général, l'inflammation peut commencer, dans presque tous les organes, par une irritation primitive ou par un afflux de sang.

Il importe beaucoup de connaître d'une manière précise les caractères de la péripneumonie, parce que le catarrhe, surtout celui qu'on nomme suffocant, et qui est assez commun, la

simule. Ces caractères se tirent de la lésion de la fonction et des influences que cette fonction lésée exerce sur le reste de l'économie. Nous les connaissons par nos sens, auxquels, pour ne laisser aucun vague, nous allons les rattacher.

1° *Par la vue.* Nous voyons la dyspnée; le soulèvement de la poitrine se fait avec effort; un côté remue moins que l'autre, et c'est ordinairement le côté enflammé; la pommette correspondante au poumon malade est plus injectée que l'autre, on voit aussi sur la figure une expression d'anxiété qui se rapporte à la gêne de la respiration;

2° *Par le tact.* Vous percutez la poitrine, et vous trouvez que le son est moins clair dans le point qui correspond à la pneumonie et où il y a le moins de mouvement; il faut percuter en avant et en arrière, et ne pas s'attendre à trouver toujours un son mat, car souvent il n'y a que diminution du son;

3° *Par l'ouïe.* Vous correspondez d'abord avec le malade, qui se plaint de chaleur et d'ardeur dans la poitrine, quelquefois d'une manière générale et confuse, d'autres fois dans l'endroit même de la congestion, ou bien dans l'estomac, s'il y a gastrite en même temps que pneumonie, coïncidence assez commune. Il vous déclare aussi que sa toux est douloureuse, plus ou moins retenue ou gênée, avec un sentiment de plénitude et de bouillonnement. Il accuse des douleurs dans la région frappée d'inflammation. Quand vous avez toutes ces données, vous

appliquez l'oreille et vous recueillez d'autres signes précieux; vous entendez d'abord le bruit des bronches; car il existe toujours un catarrhe simultanément avec la pneumonie, et ensuite le bruit propre à l'inflammation parenchymateuse, et il faut distinguer ce qui appartient à l'un de ce qui appartient à l'autre. Le premier est un râle bouillonnant, admirablement décrit par Laennec, accompagné de sifflemens, de plaintes, de bruits divers, qui ont quelquefois du rapport avec le chant des oiseaux. Ce râle est d'autant plus marqué que la mucosité est plus abondante et la congestion plus forte. Si celle-ci n'existe que dans une portion du poumon, vous entendez en certains endroits du râle et du sifflement, et, dans d'autres, presque pas de sifflement, mais un râle bouillonnant qui appartient à la bronchite. En redoublant d'attention, vous entendrez un bruit semblable à celui que ferait un dégagement de bulles d'air, un déchirement, un cliquetis, comme si l'on froissait une étoffe bruyante, ou comme si l'on agitait du blé dans un crible; c'est ce qu'on nomme crépitation, et ce râle est celui de la péripneumonie. Quand vous avez le râle bronchique, et, au-dessous des bulles qui le caractérisent, le râle crépitant, vous avez des signes qui vous font fortement incliner vers la péripneumonie. Cependant cette crépitation peut se rencontrer dans d'autres circonstances de congestion pulmonaire, de catarrhe suffocant. Il faut donc ne pas vous en rapporter entièrement à ce signe, et chercher la confirmation de votre

diagnostic dans les crachats, qui sont visqueux, imprégnés de sang, collés au vase, et ne s'en détachant pas quand on le renverse. Lorsque tous ces signes se trouvent réunis à un pouls plein, dur et fréquent, vous avez la certitude d'une péripneumonie.

CINQUANTE-TROISIÈME LEÇON.

14 mars 1832.

Messieurs,

Nous avons placé la péripneumonie immédiatement après l'inflammation muqueuse du poumon, parce que telle est dans la nature la progression de la phlegmasie pulmonaire et de sa gravité. En effet, il y a beaucoup plus de danger quand l'inflammation, débordant le tissu bronchique, se répand dans le poumon et développe une congestion, que quand elle est bornée à la membrane muqueuse des bronches. Nous avons vu qu'il n'y a presque rien à dire des causes de cette maladie, puisqu'elles sont les mêmes que celles de la bronchite. Quant à la prédisposition, il est utile de savoir que la péripneumonie peut attaquer de bons et de mauvais sujets, c'est-à-dire des sujets neufs, forts, robustes, et des sujets débilités. Cela lui est commun avec toutes les phlegmasies, et c'est une vérité qui n'a été bien sentie que depuis que l'école physiologique a pris une certaine extension : je pourrais même dire qu'elle ne l'est pas encore assez ; car les nuances inférieures de l'inflammation continuent d'être, dans l'opinion, généralement trop séparées des nuances supérieures ; c'est pourquoi je fais tous mes efforts pour les rallier les

unes aux autres. Cette inflammation peut donc attaquer les forts et les faibles. Un sujet n'est mauvais que sous le rapport des forces et des affections organiques; très souvent il n'est débile que parce qu'il a un foyer de phlegmasie chronique. On voit ainsi des buveurs et des gens habitués à une vie crapuleuse, qui portent depuis long-temps une inflammation chronique circonscrite de l'estomac ou des intestins; car vous savez que, parmi les phlegmasies gastro-intestinales, il n'y a que les plus circonscrites qui soient, juqu'à un certain point, compatibles avec l'exercice des fonctions. Ces gens, affaiblis, sur-irrités, peuvent être pris de péripneumonie, et nous verrons à quoi ils se trouvent exposés. Il est certain ensuite qu'un sujet attaqué de la même affection peut avoir été débilité par la bronchite elle-même, ou par la pleurite, ou par une autre affection, car tout se lie dans les phlegmasies, et c'est bien en vain que je voudrais ne vous faire mention d'aucune de celles dont je n'ai point encore parlé. Cet inconvénient est attaché à toutes les méthodes. Vous concevez qu'un homme peut avoir une cavité de la poitrine remplie de pus, une pleurite d'un côté, et une péripneumonie de l'autre. Il est donc d'une grande importance de considérer la prédisposition. Je vous ai surtout fait remarquer celle qui consiste dans une difficulté de circulation tenant au mauvais état du cœur.

Nous avons cherché les caractères de la péripneumonie, et nous vous avons dit qu'il

fallait les tirer des lésions de la fonction respiratoire et des sympathies, et éliminer ceux qui pouvaient appartenir à d'autres maladies; en effet, vous voudriez vainement mettre le pouls plein, la coloration de la face, au nombre des signes qui caractérisent cette affection : il n'y a de positif que ceux tirés de la fonction, le reste n'est qu'accessoire, toutes les sympathies peuvent varier .... si vous faites un groupe de symptômes, ayez soin qu'elles ne soient placées qu'en sous-ordre. Ce qui ne varie point, ce qui est immuable, ce sont les symptômes pathognomoniques.

Je ne commence pas par vous décrire l'état anatomique, parce que ma mission n'est pas de vous faire de l'anatomie pathologique. Il faut suivre d'ailleurs la marche naturelle. Quand vous êtes appelés près d'un malade atteint de pneumonie (pneumonite est le nom qui conviendrait le mieux), ce malade n'est pas ouvert : par vos sens externes vous vous mettez en rapport avec lui; puis, par votre sens interne ou votre faculté d'induction, vous cherchez à apprécier les signes qui s'offrent à vous. Ainsi, *par la vue,* vous constatez le trouble de la respiration; vous voyez les efforts du malade pour se procurer de l'air, les contractions des muscles respirateurs inférieurs et supérieurs, l'agitation des ailes du nez, signe qui annonce une grande intensité dans la maladie, les côtes du côté malade moins mobiles que les autres, les crachats visqueux et teints de sang. D'un autre côté, il ne

faut pas oublier que des complications sont possibles. Ce matin, j'ai présenté aux élèves de ma clinique un homme qui offrait deux sortes de crachats, ceux d'un ancien catarrhe, opaques et arrondis, puis des crachats visqueux, mêlés de sang, collant au vase, qui provenaient d'un point péripneumonisé. Quelquefois ces crachats sont de sang pur. Il est même possible qu'il se fasse une hémoptysie par suite de la congestion pneumonique.

Vous observez aussi le décubitus du malade, qui est dans une position gênée, et qui, s'il n'a la pneumonite que d'un côté, s'incline plutôt de ce côté pour laisser respirer l'autre avec plus d'amplitude. Cependant, quand il y a beaucoup de bouillonnement du côté de l'inflammation, ou que celle-ci a débordé le poumon et s'est étendue à la plèvre, il s'incline vers le côté opposé à l'inflammation. Il n'y a donc rien de constant dans la position que prend le malade; elle est abandonnée au sentiment intime qu'il éprouve: si, par malheur, il avait déjà l'autre poumon malade, ou si la pneumonie est double, il ne peut se coucher; il se tient droit, sur son séant, jusqu'à ce qu'il tombe de lassitude. La vue vous fait reconnaître aussi une certaine turgescence de la face, les yeux injectés, larmoyans, les lèvres livides, les pommettes rouges, la face augmentée de volume; si la péripneumonie est double, le malade est presque dans un état d'asphyxie. On peut, à cet aspect, présumer l'affection des deux côtés.

Par le tact, vous voyez que le son est moins clair du côté malade, et même obtus. Il y a des pneumonies dans lesquelles toutes les parois de la poitrine sont douloureuses : vous trouvez des personnes pour lesquelles le tact sera aussi douloureux que si elles avaient un rhumatisme ou une pleurésie, et d'autres pour qui il ne le sera pas du tout. Mais vous êtes accoutumés à voir varier la sensibilité et à ne point asseoir sur elle votre diagnostic.

L'ouïe immédiate ou aidée du stéthoscope décèle, dans la péripneumonie, d'abord le râle muqueux à grosses bulles, qui appartient au catarrhe, et puis, dans les endroits les plus engorgés, le râle crépitant, et le sifflement des bronches dans les points où elles sont le moins engorgées. Ainsi, vous avez un râle sibilant, un râle muqueux à grosses ou à petites bulles, et un râle crépitant. Vous entendez le son de la toux ; les muscles sont dans un état convulsif, le malade se plaint d'ardeur, d'étouffement, de bouillonnement. Cet état varie suivant l'étendue de la maladie, et ne se présente pas toujours au début ; on ne le voit d'ordinaire que quand elle a fait des progrès. Si, avant d'être atteint, le malade avait ses poumons en mauvais état, la dyspnée est au plus haut degré dès le commencement.

L'odorat, joint à la vue, fournit quelquefois des données précieuses sur l'état du poumon. Ainsi, la péripneumonie attaquant des sujets mal disposés, il se fait quelquefois une véritable

décomposition gangréneuse du poumon, même dans les premiers momens de la maladie. Avant qu'elle ait fait de grands progrès, vous êtes frappés d'une odeur de gangrène; les crachats sont noirâtres, et contiennent une sorte de bouillie rouge, semblable à du chocolat ou à des fragmens de parenchyme. Je n'ai vu cela que chez des individus qui portaient des phlegmasies chroniques antérieures, et qui avaient été en outre violemment sur-irrités. Les exemples qui en sont consignés dans les ouvrages classiques sont rapportés à des sujets cacochymes, mais on considère ces faits d'une manière trop vague; cette cacochymie est l'effet d'un point de phlegmasie grave avec lequel le sujet vivait, et qui empêchait sa nutrition de se faire.

En examinant les autres fonctions, vous observez une fréquence du pouls commune à toutes les maladies inflammatoires: la peau est chaude, halitueuse, sudorale; ce qui est aussi un caractère commun à toutes les inflammations phlegmoneuses; mais, votre attention étant appelée vers le poumon, ces signes deviennent confirmatifs du caractère phlegmoneux de la péripneumonie. Le pouls sera-t-il constamment plein et fréquent? Si la maladie est avancée et la congestion immense, il n'y aura presque plus de pouls; mais, si vous arrivez avant que la pneumonie se soit fort étendue, vous trouverez toujours un pouls plein et développé, dont la fréquence ira jusqu'à cent vingt et cent quarante pulsations chez l'adulte.

Pour les urines, elles sont d'ordinaire en pe-

tite quantité, peu chargées, brûlantes, et d'autant moins abondantes, que les sueurs le sont davantage.

Quant au système gastrique, son état varie, et il doit être l'objet d'une question importante. Les anciens, qui n'avaient pas analysé les fonctions par l'anatomie et la physiologie pathologiques, prenaient le groupe de symptômes tel qu'il était, et l'expliquaient comme ils pouvaient. Quand ils voyaient une bouche amère, un goût de bile, de la sensibilité à l'épigastre, une couleur jaunâtre, ils faisaient de cet état une entité qu'ils nommaient péripneumonie bilieuse, et à laquelle Stoll a donné une certaine célébrité. Cette péripneumonie bilieuse, que quelques uns semblent vouloir maintenir, sans doute faute de réflexions suffisantes ou par un sentiment de respect pour les anciens auquel cependant l'intérêt de l'humanité doit imposer silence, dépend de la combinaison d'une duodénite avec la péripneumonie; combinaison qui se voit plus souvent avec la péripneumonie du côté droit qu'avec celle du côté gauche, dans laquelle pourtant elle est aussi possible. Il n'est pas rare de rencontrer un foyer de phlegmasie tellement étendu, qu'il occupe en même temps tout le poumon droit, le foie, le duodénum et l'estomac. Ces exemples, il est vrai, ne se présentent guère dans les villes, où l'on est à portée de donner promptement des secours aux malades. Je ne les ai rencontrés que dans les camps et chez des malades tombés sur le champ de bataille, dans les marches précipitées, où les malades ne sont

pas d'abord traités, mais portés sur des charrettes pendant plusieurs jours. La phlegmasie se développe alors avec une intensité dont on ne peut avoir d'idée, tant qu'on ne l'a observée que chez des malades traités dès le début. J'ai vu le diaphragme percé par la suppuration, un foyer pulmonaire communiquant par cette voie avec un foyer hépatique. Heureusement vous ne serez peut-être jamais appelés pour des cas aussi graves. Mais il vous arrivera souvent de voir la réunion d'une péripneumonie du poumon droit avec un état de turgescence du foie et du duodénum, l'hypocondre élevé, la langue rouge, son milieu recouvert d'un enduit épais, jaunâtre ou verdâtre, etc. J'avais avant-hier dans mes salles un sujet qui présentait cette nuance : nous l'avons affaibli par les saignées générales et locales, et, aujourd'hui, les signes de la duodéno-hépatite ont disparu.

La complication de l'inflammation de la partie inférieure du canal digestif est rare, mais possible. Elle est rare, parce que, quand un grand point de phlegmasie se développe dans la partie supérieure du torse, il est difficile qu'il s'en forme un autre si loin de son foyer. Je répète qu'elle est possible, parce qu'il serait imprudent de la nier, comme, au reste, d'exclure ou d'isoler n'importe quelle inflammation. Il m'est arrivé jadis d'être exclusif en ce sens; mais plus j'avance, moins je le suis.

La tête est quelquefois très engorgée, surtout quand la maladie attaque des personnes dans un état pléthorique, ou ayant la circulation natu-

rellement difficile. Cela ne doit pas étonner, puisque le catarrhe seul, par les secousses de la toux, produit le même effet. Une chose ici bien digne de remarque, c'est que, quoique la péripneumonie tende à accumuler plus de sang dans le cerveau que la gastro-entérite, cependant elle ne produit le délire que quand elle a fait de grands progrès, et encore ce délire n'a-t-il pas le degré d'intensité qui caractérise celui de la phlegmasie du canal digestif. Cette particularité, au reste, se conçoit, en ayant égard aux nerfs sur lesquels est implantée l'inflammation.

Suivons cette terrible maladie dans sa marche. La résolution en est possible spontanément par plusieurs raisons : la première, c'est que le poumon est perméable à l'air, et que tous les organes ainsi perméables étant ouverts à l'extérieur par une foule de canaux excréteurs, leur résolution, quand ils sont enflammés, est plus facile que celle des organes autrement disposés ; la seconde, c'est qu'il peut survenir une hémorrhagie ou des sueurs, la circulation étant alors prodigieusement excitée et le sang rompant facilement ses digues, surtout dans la jeunesse et chez les sujets qui ont perdu un écoulement sanguin, comme les femmes à la suite de la suppression des règles. Cette hémorrhagie peut se faire par différentes voies, par le nez, par les hémorroïdes, quelquefois, mais assez rarement, par le canal intestinal, par les sueurs, par les urines, très souvent par les rèles, par l'organe même : le malade alors, en toussant, expectore du sang en abondance, et la résolution s'opère. Je ne

croyais pas à la possibilité de cette résolution la première fois que j'en fus témoin, il y a à peu près dix-sept ans; je l'ai vue une ou deux fois depuis. Ces diverses évacuations solutives ne se font pas toujours à la même époque : quelquefois il se passe cinq, six ou sept jours avant qu'elles arrivent. Si la péripneumonie se déclare chez une femme à l'époque des menstrues, celles-ci survenant peuvent enlever la maladie, surtout si l'on a saigné auparavant; car la saignée favorise l'apparition des flux sanguins naturels ou le rétablissement des hémorrhagies supprimées.

La résolution se faisant, voici les changemens qui s'observent : le bouillonnement cesse dans la poitrine, les crachats deviennent jaunâtres et comme bilieux, puis d'un jaune plus clair ou d'un blanc opaque, comme ceux du catarrhe; les sécréteurs muqueux dégorgent le tissu qui est autour d'eux, et le sang épanché dans le parenchyme se dérobe; les crachats ne sont plus visqueux, et prennent les caractères de ceux de la bronchite; la sueur devient plus égale, moins visqueuse sur la poitrine, et s'établit aux extrémités; la dyspnée est moindre, la crépitation diminue, le râle muqueux devient plus humide et moins sibilant, le son est de moins en moins mat, la position du malade lui semble plus supportable, et son expression anxieuse diminue. Cependant, quoiqu'il se sente mieux, si vous voyez toujours les ailes du nez dans un état de contraction et de pincement, si

la respiration est accélérée, ne comptez pas encore sur la guérison; carelle n'est pas certaine: le repos des ailes du nez est un signe d'une grande valeur pour annoncer la résolution. Un autre signe non moins important, c'est la diminution de la fréquence du pouls : quand il se ralentit, la maladie ne tarde pas à se résoudre comme un simple catarrhe; les urines deviennent plus abondantes, moins rouges, moins ardentes, moins ammoniacales, et contiennent une matière blanchâtre albumineuse; l'appétit renaît, à moins qu'une complication ne subsiste dans l'appareil digestif, et tout annonce la guérison. Mais il ne faut pas être dupe d'une fausse résolution. La maladie peut persister dans un état de crudité, avec des crachats visqueux plus ou moins sanguinolens, ou des mucosités mêlées d'un liquide comme salivaire qui s'en sépare. Il ne faut pas concevoir les crachats visqueux et gluans comme des conditions nécessaires de la pneumonie; ils lui appartiennent quand elle est intense et récente; mais, lorsque le malade a été copieusement saigné, ils n'ont plus cette ténacité, cette viscosité, et cependant la péripneumonie n'est pas détruite. N'ayez donc point égard à ces qualités seulement, et, lorsque vous voyez des crachats liquides et non visqueux coïncider avec le râle crépitant, songez que la phlegmasie pulmonaire n'est pas terminée, et qu'elle peut faire encore d'immenses progrès. L'auscultation vous fait entendre alors un râle crépitant, d'abord bien distinct, puis

de plus en plus confus, qui finit par disparaître dans une partie du poumon. Si vous percutez, le son est mat dans cette partie, et alors vous avez la preuve d'une fâcheuse marche de l'inflammation dans un point où elle a rendu le poumon imperméable. D'autre part, la crépitation s'étend et paraît dans des endroits où elle n'existait pas ; elle envahit les points qu'occupait le râle muqueux sibilant. D'autres changemens ont lieu simultanément : les forces tombent à mesure que l'espace respiratoire diminue, la coloration tire vers le livide, les yeux se ternissent, le malade délire dans les redoublemens de la fièvre, ses facultés de parler et de boire se détériorent : si l'inflammation est double, il ne peut boire qu'une gorgée à la fois, et même, dans le plus haut degré, il est obligé de prendre haleine si souvent, qu'il peut à peine avaler une cuillerée de liquide et qu'il ne parle que par monosyllabes. Après être resté quelque temps en cet état, il ne se soutient plus et tombe sur le dos ; sa poitrine exécute des mouvemens laborieux, la lividité augmente, et il finit par ne plus expectorer, non qu'il n'en ait plus la force, mais l'haleine lui manque. Pour expectorer il faut suspendre pendant quelque temps sa respiration, et, par le moyen d'une forte expiration dans laquelle les muscles de l'abdomen poussent les viscères contre le diaphragme, aider le mouvement contractile spontané du poumon qui tend à expulser les crachats. Quand le besoin de respirer est extrê-

mement urgent, le malade, trop pressé d'y obéir ne peut trouver le temps de faire cette suspension préparatoire indispensable à l'expectoration. Mais cela n'empêche pas qu'il n'arrive une époque à laquelle il n'a plus réellement la force d'expectorer, et c'est pourquoi il faut distinguer l'impuissance d'expectoration occasionée par le défaut de force, de celle qui dépend du manque d'haleine. Dans le commencement de la pneumonie, avant que le malade ait été saigné, si ce degré de dyspnée se présente, ce n'est pas la force qui lui manque ; car vous n'avez qu'à le saigner, vous allez voir l'expectoration devenir facile. Quand ensuite la péripneumonie a fait des progrès, il y a bien encore en partie cette cause, mais la faiblesse s'y ajoute, et c'est alors que l'agonie commence. Les malades succombent dans un état d'anxiété considérable. Les personnes qui ont le courage de les ausculter en cet état trouvent des désordres considérables dans la respiration et vont même jusqu'à distinguer le point où la crépitation annonce plutôt une infiltration séreuse qu'un extravasation sanguine. La crépitation séreuse, suivant leur témoignage, est moins sèche, et, quand elle existe chez un sujet avec la crépitation sanguine, on peut l'en distinguer. On lui donne le nom de sous crépitation.

Quelquefois, pendant la marche de la maladie ainsi maintenue dans un état de crudité jusqu'à la mort, l'inflammation déborde le parenchyme et gagne la plèvre. Cela est annoncé par

de vives douleurs ; mais ne vous attendez pas à ce qu'elles soient suivies d'un épanchement considérable, le poumon est trop engorgé pour le permettre. Cette marche se termine quelquefois très promptement par la mort, chez les sujets robustes et pléthoriques, surtout quand ils ont vécu dans l'intempérance, et qu'on ne les a pas saignés tout d'abord. Ils peuvent être enlevés dans l'espace de vingt-quatre, trente-six, soixante-douze heures.

Lorsque la péripneumonie se prolonge et qu'elle va jusqu'à quinze à vingt jours, les choses changent d'aspect : la crépitation n'existe plus, mais il y a à sa place une espèce de râle muqueux, un bouillonnement ou gargouillement; les crachats deviennent jusqu'à un certain point purulens, et sont rendus quelquefois en abondance et à pleine gorge, et d'autres fois en petite quantité. Le râle muqueux et le râle pulmonaire dépendans de la suppuration se confondent ou se distinguent dans les diverses régions de la poitrine, quelquefois les malades rendent le pus comme par flots, et il se forme une caverne, qu'on peut diagnostiquer par le bouillonnement, qui est plus sensible quand il y a quelque temps que le malade a expectoré et qui disparaît quand il a rendu une grande quantité de matière purulente, et par le retour de la voix à travers les parois pectorales; phénomène auquel on a donné le nom de *pectoriloquie* Quand vous appliquez l'oreille vis-à-vis de cette caverne, et que le malade parle, sa voix revient avec un certain bruit,

comme s'il y avait quelqu'un qui parlât dans l'intérieur de sa poitrine. Cela est circonscrit. Lorsque vous trouvez ce retour de la voix coïncidant avec une péripneumonie qui a marché pendant un certain temps, et qu'en même temps des crachats purulens sont expectorés, vous avez la certitude d'une suppuration du poumon. Mais cette suppuration n'est pas toujours aussi évidente, car il n'existe pas constamment une caverne qui vous rende ainsi la voix dans le tuyau de l'oreille; vous êtes réduits à la soupçonner par la durée de la maladie, par la persistance du son mat, par la confusion d'un râle pulmonaire, crépitant avec un râle muqueux et à bulles grosses et grasses, par une espèce de couleur paille, jaunâtre, de la face, par le redoublement des mouvemens fébriles vers le soir, avec coloration vive de la pommette du côté malade; coloration formant contraste avec la couleur jaune paille ou citron du reste de la figure. La réunion de ces signes vous donne la présomption d'une terminaison par suppuration, mais qui n'a pas formé de collection, ni par conséquent de caverne. Le diagnostic n'est alors que probable, tandis que, dans le cas précédent, il était positif. Je dis qu'il n'est que probable, parce qu'il y a des péripneumonies qui persistent quarante, cinquante et soixante jours sans suppuration, surtout celles qui viennent à la suite des maladies éruptives. Nous en avons constaté d'aussi anciennes au Val-de-Grâce, qui n'avaient aucune espèce de suppuration; car il ne faut pas

croire que toutes les inflammations y tendent, et que leur terme naturel soit la fonte purulente. Je prends les faits tels qu'ils se présentent, et je cherche à vous faire distinguer les cas où la phlegmasie persiste sans signes de suppuration, de ceux où elle en est accompagnée.

Quelquefois, dans ces pneumonies prolongées, on a aussi à constater la suppuration gangréneuse. Laennec l'a vue, et moi aussi. D'après mes remarques, elles se rencontrent chez les personnes qui portaient des phlegmasies anciennes du poumon, quand la pneumonie aiguë les a saisies La gangrène dépend de l'excès d'irritation ou d'une stimulation qui vient frapper sur une partie déjà trop stimulée. Ce qui m'a donné cette idée, c'est l'observation de la manière dont se produisent les escarres de la peau : en surexcitant une phlegmasie extérieure, on la conduit à la gangrène. Étant jeune étudiant, je m'étais imaginé qu'en excitant une plaie et l'agaçant sans relâche, j'obtiendrais une puissante révulsion. Je produisais la gangrène ou une exaltation tellement vive de la sensibilité de la peau, que plusieurs années après elle n'était pas encore calmée. Cela m'a mis plus tard sur la voie de comprendre les névropathies du canal digestif, produites par l'abus des stimulans.

Vous connaissez cette gangrène par deux signes, la fétidité particulière des crachats et l'aspect de ceux-ci : vous y trouvez une matière semblable au chocolat ; c'est le détritus du poumon hépatisé qui s'est gangrené, et des mor-

ceaux de chair ou de parenchyme qui ont l'aspect de bourbillon.

Après ces terminaisons, vous avez celle qui se perd dans la chronicité, et que je ne fais que vous indiquer, parce qu'elle se confond avec la pneumonie chronique dont je vous parlerai bientôt.

CINQUANTE-QUATRIÈME LEÇON.

16 mars 1832.

—

Nécroscopie et pronostic de la péripneumonie aiguë.

Messieurs,

Nous nous sommes assez arrêtés sur les symptômes et la marche de la péripneumonie, pour ne pas y revenir; nous allons passer aux nécroscopies, qu'il faut tâcher d'ajuster aux différens groupes de symptômes.

Quand le malade succombe, dans la période que nous avons appelée de crudité, à une congestion rapide, il meurt suffoqué par une véritable apoplexie pulmonaire. C'est ce qui lie celle-ci à l'hémoptysie, ainsi que l'a très bien observé Laennec. On voit souvent de ces morts occasionées par des péripneumonies non traitées, surtout chez les personnes d'un certain âge dont la circulation est un peu difficile et qui ont été saisies par le froid. Ces personnes se trouvent tout-à-coup dans un état violent d'oppression et de dyspnée, et la péripneumonie peut être méconnue chez elle si l'on n'a pas de suite recours à la percussion et à l'auscultation. Aussi, avant que ce premier mode d'exploration eût été mis en vogue par Corvisart, était-on souvent surpris par des morts promptes, et la péripneumonie

n'était reconnue qu'à l'autopsie, quand on la faisait. Le plus souvent ces cas étaient pris pour des attaques de catarrhe suffocant, ou bien, quand il s'agissait d'un homme qui avait eu des accès d'asthme ou de goutte, on disait que c'était sa goutte remontée ou son asthme qui l'avait suffoqué. S'il était hémorroïdaire, comme souvent, à la veille des irritations des grands viscères, les hémorroïdes se suppriment, on transportait l'entité hémorroïdale, et l'on soutenait qu'elle avait étouffé le malade; ou bien, si la dyspnée n'avait pas été le seul symptôme qui se fût manifesté, si ce malade avait déliré, ce qui arrive souvent quand la péripneumonie est élevée au plus haut degré, on prétendait que c'était une fièvre ataxique ou cérébrale qui l'avait enlevé... on était bien étonné ensuite de trouver une péripneumonie! J'ai vu commettre cette erreur par des praticiens célèbres dans cette faculté même et dans les hôpitaux militaires, à l'époque où j'étais jeune médecin. C'est ce qui faisait dire à Baglivi : « Oh! qu'il est difficile de diagnostiquer et de guérir les maladies des poumons! » En effet, cela est quelquefois impossible sans le secours de la percussion et de l'auscultation. On trouvait alors une induration ferme, rouge, et point de traces de suppuration. J'ai quelquefois vu la péripneumonie être double dans ce cas et occuper surtout la partie moyenne du poumon, quand elle n'avait pas été annoncée par des préludes, par un catarrhe ou une pleurésie. C'est donc l'induration

rouge, brunâtre, ou l'hépatisation, dans laquelle la substance du poumon paraît avoir pris les apparences de la substance du foie, qui se présente dans cette péripneumonie rapide. Elle peut attaquer le haut, le milieu ou le bas du poumon. Ce serait être exclusif que de vouloir lui assigner un lieu déterminé. Cependant il ne faut pas croire que toute l'étendue du poumon puisse être ainsi hépatisée : il y en a toujours quelques portions qui sont simplement engorgées comme dans le catarrhe ; il y en a même qui ne le sont pas du tout, ou qui sont comme emphysémateuses et privées de sang.

Lorsque la maladie a duré un peu plus longtemps, et qu'il s'y est joint un point de côté consécutif, une douleur vive dans le dos ou dans le flanc, au-dessous des clavicules, à la hauteur du mamelon, ce qui arrive quelquefois consécutivement, ou trouve, avec l'induration, une exsudation puriforme sur la plèvre, sans épanchement. Cette exsudation n'existe le plus souvent que sur la plèvre pulmonaire. C'est un débordement de l'inflammation qui a dépassé ses limites. La raison pour laquelle il n'existe pas de fluide épanché, c'est que cette phlegmasie n'est arrivée là que quand le poumon était endurci et indéprimable.

Quand la mort n'arrive qu'après plusieurs semaines, il se peut encore que quelquefois il n'y ait pas de suppuration. Nous citerons surtout les péripneumonies qui viennent à la suite des maladies éruptives, de la rougeole, de la scarla-

tine, etc., et dans laquelle nous avons vu l'hépatisation rouge après cinq et six semaines, comme après deux, trois, quatre ou cinq jours, sans traces de suppuration. Mais cette hépatisation est alors assez circonscrite, et le reste du poumon engorgé, variqueux, moitié sanguin, moitié séreux, moitié œdémateux, comme dans le catarrhe. J'ai également observé cette hépatisation sans aucune trace d'infiltration purulente des poumons, quoiqu'il n'y eût pas eu de maladies éruptives, et j'en ai recueilli de fréquens exemples en Belgique et en Hollande.

Quand la péripneumonie a duré un certain nombre de semaines, et que les malades ont rendu des crachats d'aspect purulent, quand les râles mêlés, dont il a été question, ont annoncé l'existence du pus infiltré dans le parenchyme, uu mélange de pus et de sang, des petites cavernes qui se remplissent et se vident alternativement, ou bien de grandes cavernes qui se vident tout-à-coup et se remplissent ensuite, on trouve l'hépatisation, non pas rouge comme précédemment, mais grise. Celle ci a beaucoup de nuances : nous l'avons vue sans aucune trace de suppuration dans les péripneumonies auxquelles succombent les vieillards ; quelquefois aussi nous y avons trouvé de la suppuration.

L'hépatisation grise est-elle due à la suppuration, ainsi que la couleur jaunâtre, comme le prétend Laennec? Je ne le pense pas. Il est sans doute des cas où l'on peut faire suinter le pus de ces sortes d'hépatisations ; mais il en est d'autres

où cela n'est pas possible. J'ai vu deux indurations de ce genre, de couleur parfaitement jaunâtre, sans aucune trace de sang et de globules colorans, dans plus des deux tiers des poumons. Ces organes, ainsi dégénérés, ressemblaient si bien au foie gras, que je priai le pharmacien de l'hôpital d'en analyser quelques morceaux. Il ne trouva de graisse ni dans le foie, ni dans les poumons; mais il trouva beaucoup de fibrine, et surtout d'albumine, sans aucun suintement purulent. Il n'y avait pas cette mollesse ni cette friabilité que l'on voit dans les infiltrations purulentes qui donnent au poumon la couleur grise; mais on observait un tissu dur, imperméable et tout-à-fait jaune. Je pense que cette altération est une hépatisation qui se fait simplement avec la lymphe du sang, ou plutôt avec le sérum et la fibrine, et que la matière colorante a été résorbée. Au reste, nous ne pouvons pénétrer le secret des mouvemens capillaires. Nous pourrions bien encore nous figurer des changemens chimiques, des commotions électriques, des antagonismes, des endosmoses, des exosmoses, mais jamais nous ne pourrions tracer les lois d'après lesquelles s'opèrent ces modes d'altération. Telle est mon opinion : je ne sais pourquoi, dans certains cas, le poumon est rendu friable par l'albumine et la fibrine, sans qu'il y ait de globules sanguins ni de pus, et je conviens, du reste, que la majeure partie des indurations grises, roussâtres, sont dues jusqu'à un certain point au pus.

Quelquefois aussi on trouve dans le centre

de ces indurations quelque chose de mou, une espèce de bouillie noire, fétide, en laquelle le parenchyme est converti. C'est une sorte de gangrène par excès d'inflammation. Je l'ai vue dans des péripneumonies intenses, chez des personnes robustes qui n'étaient pas usées par des inflammations chroniques, mais qui avaient éprouvé la congestion dans le plus haut degré, et qui avaient été stimulées au lieu d'être traitées par les antiphlogistiques. Lorsque j'entrai dans la médecine militaire, il y avait encore un grand nombre de médecins qui faisaient la pure médecine de Brown, et qui, expliquant presque toutes les maladies par la faiblesse, tonifiaient et stimulaient à outrance les malades. J'ai souvent succédé, dans des traitemens, à ces médecins, et je ne pourrais vous dépeindre à quel degré s'était élevé l'inflammation sous l'influence des toniques et des stimulans, ainsi qu'il arrive également lorsque le malade manque de traitement. C'est dans ces cas que j'ai vu la terrible péripneumonie dont je vous ai parlé, avec un pus noirâtre semblable à de la bouillie noire ou à du chocolat, et exhalant une odeur de gangrène. Cependant il ne faut pas, à l'aspect de ces crachats, se hâter de prononcer que le malade est attaqué de péripneumonie gangréneuse; car il est des sujets affectés de stomatite ou d'inflammation des gencives, qui en fournissent de semblables. Nous en avons rencontré un exemple l'avant dernier-mois chez un homme attaqué de péripneumonie et de gastrite :

ses crachats étaient d'une fétidité à faire reculer. Cependant je déclarai qu'il ne fallait pas se hâter de prononcer sur la gangrène; en effet, en examinant la bouche, nous trouvâmes une phlegmasie considérable des gencives, avec un suintement sanguinolent qui formait ces crachats.

Voilà donc une forme de la péripneumonie gangréneuse qui dépend de l'excès de l'inflammation, et dans laquelle la gangrène survient au centre de l'hépatisation, où il n'y a plus de mouvement de vie. A mesure qu'on s'éloigne de ce centre, on trouve l'induration plus consistante, et, enfin, à une certaine distance, elle ressemble à la première. Quelquefois un foyer peut se rencontrer dans cette hépatisation, et l'on peut avoir eu, avant la mort, des signes de son existence; mais cela est extrêmement rare. Ce qui est plus commun, ce sont des foyers de suppuration dans le parenchyme du poumon, par l'effet de la péripneumonie. Je les ai entendu nier avec opiniâtreté par nombre de médecins, et cela m'affligeait, parce que j'étais sûr de les avoir constatés. Les anciens, depuis Hippocrate, les avaient reconnus; mais, quand la manie des tubercules s'empara de l'école, quand on ne voulut plus attribuer aucune excavation du poumon qu'au détritus de ces tubercules, tout individu qui crachait du pus en abondance, qui avait une expectoration subite, qui présentait les symptômes des vomiques, était censé avoir de deux choses l'une : ou une collection

dans la plèvre, qui se vidait dans le poumon, ou un détritus de tubercules siégeant dans cet organe et supposés avoir existé avant la maladie, mais dont la péripneumonie avait déterminé la fonte. Cependant les faits se sont tellement multipliés en France, et ils ont été tant de fois confirmés par les médecins allemands, que Laennec, qui avait éprouvé de la répugnance à les admettre, y fut forcé, jusque là même qu'il en rencontra plus de vingt dans une année, après n'en avoir jamais vu un auparavant. Il dit d'abord qu'il n'avait trouvé que des foyers isolés, constituant ce qu'il appelait une péripneumonie lobulaire; mais il reconnut plus tard des foyers de suppuration du poumon, et non pas seulement de ces lobules. Du reste, ces foyers lobulaires appartiennent aux péripneumonies dans lesquelles on trouve différens mélanges de râles, soit muqueux, soit crépitans, avec un bruit de bouillonnement dans plusieurs points du poumon, et où des cavernes ont été présumées par le retour de la voix (pectoriloquie) en différentes régions : l'inflammation, au lieu d'être dans un seul point, est disséminée dans plusieurs. On trouve donc, dans ces cas, des points d'induration parsemés de petits foyers de pus, parmi lesquels il y en a de la grosseur d'un œuf, d'autres de la grosseur d'une noix, ou d'une amande, ou d'une noisette, ou même d'une tête d'épingle. Quelquefois ces foyers, de capacité différente, existent dans plusieurs endroits du poumon, en même temps qu'une vaste collection

de pus ; ce qui prouve qu'on peut avoir en même temps un péripneumonie lobulaire et une grande péripneumonie ; rien d'exclusif à cet égard : tous ces modes d'altération peuvent se rencontrer réunis.

Quelquefois, quand la phlegmasie pulmonaire a été accompagnée de signes de suppuration, nous avons vu qu'il avait pu être expectoré des fragmens de tissu pulmonaire ou des espèces d'escarres qui semblaient s'être détachées comme des tourbillons. L'autopsie les décèle plutôt que le diagnostic ne les fait soupçonner ; mais enfin on peut les supposer, puisqu'on trouve des gangrènes avec perforation de la plèvre, dans lesquelles il y a des bourbillons circulaires à moitié détachés. Il est possible que ces bourbillons soient rendus avec les crachats et qu'ils présentent les caractères d'une escarre. Je ne l'ai jamais vu ; mais j'ai rencontré de ces escarres dans des épanchemens qui avaient déprimé le poumon. Les inondations sanguines y sont également possibles.

Il doit y avoir des différences dans la consistance et dans l'étendue de l'hépatisation, suivant que le sujet aura ou n'aura pas été saigné. Je vous ai fait faire la même remarque par rapport aux inflammations de la membrane muqueuse des voies digestives, en vous disant que, quand les sujets avaient été beaucoup saignés, il était quelquefois impossible de trouver chez eux de coloration. La même chose arrive au poumon, dans la même circonstance : il ne présente plus d'hépatisation, à peine trouve-t-on du

pus dans son point le plus malade; le reste n'offre qu'une sorte d'œdème.

Il faut aussi vous souvenir qu'une autre phlegmasie peut accompagner celle du poumon. Ainsi, la péripneumonie rapidement mortelle chez un sujet fort, vigoureux, intempérant, ou sur lequel on a abusé des stimulans, de l'émétique ou du vin, ou d'autres moyens semblables, peut vous offrir, outre la congestion pulmonaire, une gastrite effrayante, avec une rougeur, un aspect mamelonné, et même du pus dans l'estomac, ou bien une turgescence considérable du duodénum et du foie.

Lorsque les malades n'ont pas été traités par les antiphlogistiques, le cerveau présente souvent une congestion plus ou moins considérable, et même, si l'émétique a été donné dans des circonstances défavorables, les efforts de vomissement peuvent avoir produit une rupture de la substance cérébrale. Cela nous est arrivé au Val-de-Grâce chez un péripneumonique, il est vrai, désespéré, qui avait eu le malheur de prendre par erreur huit grains d'émétique en une seule fois: il en résulta des vomissemens continus avec d'horribles convulsions, et l'ouverture montra des caillots de sang dans la partie antérieure des hémisphères cérébraux, dont la substance était déchirée dans une étendue de plus de deux pouces dans l'un, et d'un peu moins dans l'autre. Ce fait, par parenthèse, donne un démenti formel à ceux qui prétendent que l'émétique a une vertu directement sédative ou controstimulante, et qui osent proférer ce blasphème devant

de jeunes novices. Comme on voit de temps en temps, par accident ou par impéritie, arriver de ces évènemens, il est bon de se les rappeler.

Revenant aux lésions du cerveau, nous disons que celui qui meurt subitement de péripneumonie présente ordinairement des traces de congestion cérébrale, et même de ramollissement, qui ne sont pas la maladie principale, mais son effet.

Quelquefois la péricardite se trouve associée à cette maladie; mais c'est le plus souvent la pleurite qui présente cette complication.

Vous devez avoir maintenant les bases du pronostic. En général, les péripneumonies sont d'autant plus terribles qu'elles sont plus violentes, plus rapides, que le son devient mat en moins de temps, que le râle crépitant est remplacé par cette espèce de son, et qu'il s'étend dans les endroits où il n'existait que le râle muqueux, preuve des progrès et de la gravité croissante de la maladie. Les péripneumonies doubles sont les plus formidables. On les observe fréquemment chez les personnes attaquées d'hypertrophie du cœur, qui sont en même temps sanguines et qui reçoivent l'influence de la cause, telle que le froid pendant le sommeil ou à la suite d'une marche forcée, ou après des excès vénériens, etc. Alors les congestions sont terribles. Il faut être prévenu de ce fait, et ne pas croire, sous prétexte de débilité, que les excès vénériens fournissent une contre-indication, ainsi que je l'ai trop souvent

entendu soutenir dans des cas où il s'agissait de malheureux jeunes hommes qui avaient commis, pendant la nuit, des excès avec des femmes, et qui se refroidissaient le matin. On les considérait comme trop affaiblis, et l'on n'osait les saigner. Ils étaient étouffés en fort peu de temps.

La péripneumonie peut attaquer un individu déjà atteint de pleurite compromettant l'un des poumons. Alors, si le seul poumon intact qui restait pour la respiration se trouve pris, le pronostic ne peut être que très fâcheux, à moins toutefois qu'on n'arrête la maladie dès son début.

La péripneumonie est extrêmement dangereuse chez les vieillards, et il y en a beaucoup qui, quoique robustes, en périssent. On commet souvent, à leur égard, la même faute que pour les jeunes gens qui se sont livrés à des excès vénériens.

Lorsque la dyspnée est grande et la respiration haute, la maladie est grave; néanmoins, tant qu'il reste un côté de bon, vous ne devez pas désespérer du malade. Si vous pouvez le mettre en mesure avec sa masse de sang, en le traitant de bonne heure et avec célérité, il ne mourra pas; mais, s'il n'est pas saigné, l'autre poumon sera surchargé, tout le sang en circulation s'y portera, la péripneumonie s'y déclarera, et il sera asphyxié.

Lorsque la parole est difficile, que le malade ne peut s'exprimer que par monosyllabes, il est près de suffoquer; de même, quand il ne peut

plus boire ou qu'il est obligé de s'interrompre fréquemment en buvant; de même quand il n'ose se coucher et qu'il reste assis, avec des mouvemens pénibles d'élévation des épaules et une grande anxiété peinte sur la figure: alors les deux côtés sont pris, ou il y a en même temps une péricardite.

Lorsque la mort approche, le malade tombe sur le dos, sa face devient violette, et il ne peut expectorer. S'il rend une écume fétide par la bouche, c'est le signe d'une induration étendue, et l'on peut présumer la gangrène; mais il est bien difficile qu'elle se présente quand la maladie est combattue à son début.

La complication de la gastro-entérite aggrave toujours la péripneumonie. Cette complication se présente sous deux formes principales: l'une est la forme ordinaire, et l'autre la pyloro-duodénite. Dans celle-ci il y a toujours en même temps péripneumonie du côté droit. C'est une maladie terrible, qui règne en même temps dans le poumon, dans le foie et dans le duodénum. La forme qui résulte de la complication d'une gastrite aiguë de la région cardiaque avec la péripneumonie s'accompagne de si grands désordres du côté du cœur et du diaphragme, que l'on croirait à une péricardite: j'y ai été trompé plusieurs fois. Cette complication donne une angoisse plus forte et s'accompagne de troubles plus marqués dans la circulation que la précédente, à cause de l'influence exercée sur le cœur et sur le diaphragme. Souvent l'inégalité des bat-

temens du cœur fait appréhender l'existence d'une péricardite et d'une diaphragmite.

Lorsqu'au contraire la respiration se ralentit avec le pouls, que les crachats deviennent moins visqueux, opaques, vous avez de l'espoir. Le premier symptôme favorable est la diminution de la dyspnée. Le ralentissement de la respiration précède ordinairement celui du pouls, ou, en d'autres termes, la fréquence du pouls ne cède pas toujours aussitôt que le soulagement commence.

Les crachats de sang pur, ou la complication d'hémoptysie, est un cas grave. Cependant j'ai vu des malades guérir après avoir ainsi expectoré du sang en abondance. Si l'afflux vers les bronches est trop considérable, le malade peut mourir asphyxié, surtout s'il avait d'avance l'autre poumon déprimé; cela est fondé sur le plus simple bon sens. Quand un poumon est malade, vous devez aller voir promptement si l'autre peut entretenir la vie en attendant que vous ayez guéri celui-là.

Lorsque le pouls commence à se ralentir, que la crépitation diminue, qu'elle est remplacée par le râle muqueux, que le son mat s'éclaircit, la maladie est en voie de résolution; mais il faut peu de chose pour ramener une exaspération.

Le traitement de la pneumonie étant, à très peu de chose près, le même que celui de la pleurite et de la pleuro-pneumonite, nous ne nous en occuperons qu'après avoir tracé l'histoire de ces deux dernières phlegmasies.

De la pleurésie ou pleurite aiguë.

La pleurite est l'inflammation de la plèvre. Ses causes ne diffèrent pas de celles de la péripneumonie ; mais il y a des prédispositions à la pleurite qu'il n'est pas toujours facile de déterminer. Les individus débilités jusqu'à un certain point, qui ont eu une phlegmasie pulmonaire et qui retombent pendant la convalescence, sont sujets à avoir une pleurite avec épanchement. Il y en a qui ont une sorte de disposition héréditaire aux pleurites. L'étroitesse de la poitrine y dispose. Toutes les fois que vous voyez de la dyspnée et de la toux sans qu'il y ait d'autres symptômes alarmans, vérifiez l'état de la plèvre : les individus faibles qui éprouvent un surcroît d'action du pouls deviennent facilement pleurétiques.

Il y a deux formes de début de cette maladie : chez les uns elle paraît brusquement sous l'influence du froid, de sorte qu'elle paraît être le premier symptôme ; mais, en réalité, elle ne l'est guère que quand l'inflammation a été à l'extérieur : on voit quelquefois, à la suite du froid, des personnes saisies de douleurs dans une articulation, dans un bras, dans un genou, dans le dos, avoir tout-à-coup une pleurésie, et, sous cette apparence de rhumatisme, un épanchement pleurétique se forme. Ces sortes de cas ont donné à quelques médecins la tentation de distraire le rhumatisme de la série des inflammations; mais cela ne saurait être permis,

puisque, dans le commencement, le rhumatisme est avec congestion sanguine ; que celle-ci peut, de la nuance la plus légère, passer à la plus aiguë, et que le rhumatisme, en se transportant, peut donner lieu à du pus, à une congestion sanguine du poumon, à une phlegmasie chronique de l'articulation de la cuisse, à une pleurésie enfin. L'irritation arrive donc de l'extérieur à la plèvre des côtes, puis à la plèvre du poumon.

D'autres fois la pleurite débute par le catarrhe : le malade tousse ; il continue de s'exposer aux causes, et la pleurite se déclare.

Elle paraît quelquefois quand la péripneumonie est déjà formée ; mais, si celle-ci est intense, avec turgescence du poumon et à pleine poitrine, la pleurite peut difficilement prédominer. Voilà pourquoi elle est rarement consécutive à la péripneumonie.

Il arrive souvent que la péripneumonie débute en haut, à la suite d'un catarrhe, et la pleurite en bas ; ou que, les deux côtés étant attaqués en même temps, il se forme, de l'un, une pleurite, et, de l'autre, une pneumonie.

Dans quelques cas, la pleurite semble avoir eu l'initiative. Le malade a été pris d'un point de côté, après un frisson, et il s'est formé une congestion qui ne s'est pas arrêtée à la plèvre et a gagné le poumon. Cela vous prouve combien il est difficile de faire des histoires isolées.

Quelquefois le début est latent. Je ne prétends pas qu'il ne puisse être tel chez une personne

bien constituée, jeune et robuste ; mais cela ne se voit guère : quand un homme a toujours vécu exempt de maladie et qu'il vient à en être atteint, il perçoit de suite l'irritation qui vient d'un point de l'économie. Mais il n'en est pas de même de celui qui a éprouvé d'autres maux, qui a souffert d'une bronchite, d'un rhumatisme, etc. Celui-là peut, sans s'en douter, avoir une pleurite. J'ai vu un individu passer par les nuances suivantes : il fait le matin une course violente à pied, et sue abondamment ; il rentre chez lui, ouvre ses croisées et se rafraîchit à l'air. Peu de temps après, il est pris de frissons, de douleurs dans tout le système musculaire ; de tressaillemens et de soubresauts qui lui font jeter les hauts cris ; il ne peut supporter la plus légère pression, et il lui semble que tous ses muscles sont enflammés. Nous le traitons sans perdre de temps, nous multiplions les saignées générales et locales, et les calmans. Il finit par ne plus rester que quelques symptômes gastriques. Trois jours après, ce malade me dit : « Il me semble que mon cœur est déplacé. » J'écoute... il avait une pleurite du côté gauche, avec un épanchement énorme, qui avait refoulé le cœur à droite. Sa sensibilité avait été usée par les souffrances, et il n'avait pas senti la pleurite. Cela arrive souvent. Ceux qui relèvent de maladie, qui sont faibles, qui ont beaucoup souffert, chez qui la sensibilité est émoussée, peuvent avoir une pleurite latente. Il en est de même des péritonites, à la suite des gastro-en-

térites : il y en a qui ne sont nullement douloureuses. Après avoir beaucoup senti, on ne sent plus. On peut avoir de même une péricardite latente. Voilà pourquoi, quand un homme a de la dyspnée, il importe d'ausculter et de percuter sa poitrine pour s'assurer de ce qui s'y passe.

La pleurite caractérisée est facile à diagnostiquer : le malade se plaint d'un point de côté, d'une douleur pongitive sous le sein ou dans le dos. Cependant, lorsqu'elle attaque la base du poumon ou la surface convexe du diaphragme, on la confond souvent avec d'autres maladies. Je ne sais si je pourrais moi-même, dans ce cas, vous en donner le diagnostic; car je ne suis pas devin, et nous ne pouvons tous juger que par ce qui frappe nos sens.

Au reste, il importe peu : on constate toujours une phlegmasie pulmonaire, et cela suffit pour le traitement.

Dans les cas ordinaires, le malade éprouve un point de côté et porte la main à l'endroit de la douleur, qui l'empêche de respirer; les côtes remuent encore en cet endroit, dans le commencement, parce qu'un mouvement aussi instinctif que le leur ne peut se paralyser si vite; mais, si la maladie augmente, elles agissent de moins en moins, et deviennent complètement immobiles. Lorsque l'on percute, des douleurs se font sentir, surtout si la pleurite a débuté par l'extérieur. Les malades toussent le plus souvent, mais non toujours. J'en ai cherché la rai-

son, et il m'a paru que, plus la pleurite était bornée, plus les malades toussaient, et que celle de la base faisait moins tousser.

Il se forme parfois des pleurites interlobulaires qu'on ne peut constater. Les crachats sont filans et souvent sanguinolens, attendu qu'elles s'accompagnent d'un certain degré de congestion pulmonaire, et que souvent l'irritation a commencé par les bronches avant d'arriver à la plèvre. Mais l'expectoration peut manquer si la pleurésie est simple et n'occupe que la base du poumon. Si la sensibilité est vive, la respiration est interceptée par des convulsions du diaphragme et des muscles respirateurs; le malade est dans l'anxiété, son pouls fréquent, sa peau légèrement transpirante. Quelquefois il y a complication de gastro-duodénite, ce qu'il ne faut pas prendre pour l'entité pleurésie bilieuse, et souvent aussi complication de catarrhe. Vous devez vous aider de l'auscultation. Un des signes les plus positifs de la pleurite, c'est l'œgophonie, sorte de bruit décrit par Laennec, qui le compare à la voix de Polichinelle ou au cri saccadé d'une chèvre. Ce bruit s'entend quand il y a un épanchement dès le commencement de la maladie. Mais cet épanchement ne suffit pas pour produire l'œgophonie : il faut encore qu'il se trouve un peu d'air entre l'épanchement et le poumon lui-même. Nous avons eu occasion de constater cela sept ou huit fois cet hiver dans la clinique du Val-de-Grâce. C'est surtout dans le dos, à la partie moyenne, qu'il

faut chercher l'œgophonie ; à la partie supérieure, on entend un râle plus ou moins fort, suivant le degré de la bronchite, et toujours peu éloigné des côtes. Si vous sentez ce râle un peu plus bas, à une certaine distance des côtes, dans le lointain, et si le son est mat en cet endroit, vous pouvez présumer l'épanchement ; vous en avez la certitude, si l'œgophonie s'y joint. Elle se constate souvent en faisant compter au malade un, deux, trois, quatre, cinq, etc. A la partie supérieure existe la bronchophonie ; la voix revient, mais n'est pas aiguë ; s'il y a beaucoup de mucosités, elle est comme enrhumée. Au-dessous, ou à la partie moyenne, vous entendez l'œgophonie. Plus bas, la voix s'éloigne, et, à mesure que vous descendez en auscultant, elle semble s'éloigner de plus en plus et perd de son intensité; en même temps il y a son mat. Lorsque cela existe, vous avez certitude de trois choses : de la bronchite dans la partie supérieure, de la pleurésie et de l'épanchement.

On peut combiner ces signes avec ceux que je vous ai donnés sur la péripneumonie, et c'est ce que nous ferons dans notre prochaine séance en nous occupant de la pleuro-pneumonie.

CINQUANTE-CINQUIÈME LEÇON.

19 mars 1832.

—

Messieurs,

En commençant l'histoire de la pleurite, nous avons vu qu'une douleur fixe et un son mat en sont les premiers symptômes; qu'ensuite venait l'œgophonie, que le son mat augmentait à mesure que la collection se formait, et que l'immobilité s'établissait dans les côtes correspondantes à l'inflammation. Quant aux phénomènes sympathiques, nous avons remarqué la toux, qui peut manquer; les crachats muqueux et visqueux, qui sont sanguinolens quand il y a simultanéité de congestion pulmonaire; la fréquence du pouls, qui est en raison de l'étendue de l'inflammation, de la susceptibilité des sujets et des complications de bronchite ou de péripneumonie, car la pleurite seule produit peu de fièvre; les symptômes gastriques, qui peuvent s'associer à ceux de l'inflammation pulmonaire, ou de l'inflammation pleurétique, et qui ne doivent pas être fondus dans cette dernière pour en faire une sorte d'entité mixte sous le nom de pleurésie bilieuse. Il faut décomposer

le groupe de symptômes et le réduire à ses élémens : toutes les fois qu'il y a des symptômes bilieux réunis à la pleurésie, c'est l'irritation gastrique et duodénale qui trouble la sécrétion de la bile, qui détermine son afflux vers l'estomac, qui produit la couleur jaune de la langue, les nausées, les vomissemens; mais cela n'est pas la cause de la pleurésie et ne peut pas plus être confondu avec elle qu'avec la pneumonie. Ce sont deux élémens particuliers : soit que l'individu attaqué de pleurite ait déjà une vieille irritation dans l'estomac et le duodénum ou qu'il n'en ait pas, et que la maladie ait envahi les deux organes à la fois, soit que l'affection de la plèvre ait précédé celle des voies gastriques, soit même que l'irritation gastrique et duodénale ait précédé de peu de temps la pleurite, il n'en est pas moins vrai que celle-ci ne peut être considérée comme un effet de la résorption de la bile, qui se serait promenée dans l'économie et déposée dans la plèvre pour y causer une inflammation. Dans les ictères, où la bile est résorbée en quantité considérable, puisqu'elle sort par tous les couloirs, on ne voit pas de pleurite, non plus que de pneumonie, à moins que les causes particulières à ces maladies n'agissent sur l'ictérique. Il faut donc rejeter cette entité mixte, reste de la barbarie médicale, et rendre la maladie à ses vrais élémens.

Souvent la pleurite se déclare sans douleur, et il s'est déjà fait un épanchement considérable avant que le malade se plaigne. A cette oc-

casion, je vous ai cité l'exemple d'une pleurite développée ainsi à la suite d'une affection rhumatismale extrêmement douloureuse, et je l'ai comparé aux péritonites consécutives à d'autres affections également douloureuses. En général, quand il survient une inflammation à la suite d'une autre qui a été très douloureuse, souvent la dernière n'est pas perçue, principalement dans les membranes séreuses, où les phlegmasies s'accompagnent d'épanchemens plus ou moins considérables. Il faut être sans cesse en garde contre les indices variables fournis par la sensibilité.

Ces pleurésies latentes ne peuvent être reconnues que par la percussion et l'auscultation, par le son mat et l'absence ou l'éloignement du bruit respiratoire. Quand ce bruit paraît d'autant plus éloigné de l'oreille qu'elle descend davantage, c'est le signe d'un épanchement. S'il y a en même temps pneumonie, cela constitue un pneumo-thorax. Lorsque l'épanchement est abondant, la poitrine se trouve extrêmement agrandie du côté de cet épanchement et il y a oppression. Aussi vous dirai-je en général que, toutes les fois qu'il survient une lésion dans la respiration d'un individu affecté d'une maladie quelconque, vous ne devez pas négliger l'exploration, parce qu'il peut survenir un épanchement à votre insu.

La pleurite peut se terminer par résolution ; mais elle n'y tend pas promptement d'elle-même. D'ordinaire, pendant que la fluxion in-

flammatoire se fait avec force, il se forme un épanchement qui doit, comme tous les autres épanchemens, servir de crise à l'inflammation et l'éteindre jusqu'à un certain point. Vous avez vu que les évacuations exténuent les inflammations des tissus perméables dont les produits peuvent se faire jour à l'extérieur : vous l'avez remarqué en premier lieu pour la peau, qui se débarrasse de l'inflammation par des sueurs ou d'autres évacuations ; la même chose à peu près se passe dans les organes enveloppés de membranes séreuses : quand il survient un flux dans celles-ci, l'inflammation de l'organe sous-jacent s'y éteint en quelque sorte. A l'extérieur, vous voyez quelquefois des inflammations des testicules, ou des orchites un peu intenses, se terminer par une hydrocèle. La même terminaison arrive quelquefois au poumon enflammé : l'épanchement séreux étant parvenu à un certain degré, l'inflammation de cet organe, ainsi que celle de la plèvre, semble, pour ainsi dire, s'y noyer. Il se fait d'ailleurs d'autres évacuations qui facilitent cette extinction de l'inflammation. Ensuite l'appétit revient, la fièvre diminue, les crachats sont faciles à détacher, opaques : c'est, en un mot, la marche du catarrhe. Mais il ne faut pas mettre ces crachats sur le compte de la pleurite, ni faire de tous ces phénomènes une collection de symptômes à laquelle on donne un nom : s'il y a des crachats, c'est qu'il existe une bronchite. Celle-ci marche vers la résolution, les fonctions gastriques se rétablissent, et la peau reprend la sienne. Quel-

quefois cependant le malade conserve un son mat et une légère fréquence de pouls; mais, peu à peu, dans l'espace de trois semaines, un mois, six semaines, deux mois, il se fait une résorption, la plèvre contracte des adhérences, et la maladie se termine. La poitrine, qui s'était rétrécie de ce côté, recouvre ensuite ses dimensions avec le temps; les brides se réduisent, et, à la fin, le mouvement respiratoire reprend sa plénitude. Cela demande un certain temps, quand la pleurite a été accompagnée d'un épanchement considérable.

Voilà, certes, une belle utopie; mais elle est loin de se réaliser toujours. L'inflammation n'obéit pas aussi docilement à nos vœux; elle a mille manières de marcher, et, quand elle a mis le feu dans l'économie, on ne l'arrête pas comme on veut. Il arrive donc quelquefois que la pleurite ne se termine pas complètement; qu'au moment où la résorption allait commencer, un nouvel afflux se fait; que l'inflammation ne s'éteint pas dans les bronches et devient péripneumonie; que le catarrhe et la péripneumonie persistent et deviennent la maladie principale. Alors la pleurite cesse d'être douloureuse, et se réduit à un épanchement partiel, indolent, auquel on ne pense plus. Les phénomènes morbides sont transportés dans le parenchyme, et le malade finit par mourir après un temps plus ou moins long. Si l'ouverture en est faite, on trouve la vieille pleurite en partie résorbée, deux ou trois fausses membranes de différens âges, d'ancien-

nes adhérences rompues par des afflux répétés, et une phlegmasie pulmonaire avec induration, quelquefois même avec suppuration.

Dans d'autres cas, l'épanchement pleurétique s'est fait avec une telle impétuosité, qu'il a complètement atrophié le poumon; ce que vous reconnaissez à l'absence du son clair et du bruit respiratoire ou à sa persistance seulement sous la clavicule, à un son mat dans le reste de l'étendue, à un développement du côté malade, quelquefois à une infiltration séreuse assez remarquable dans le tissu cellulaire recouvrant ce côté, à l'absence des douleurs. Mais, après cela, tout est-il diagnostiqué? Non; il faut que le malade respire, et il ne peut le faire qu'avec le parenchyme opposé: ce parenchyme tend à se congester, et, pour peu que le malade veuille marcher et prendre des alimens, pour peu qu'il éprouve une affection morale, que sa circulation soit accélérée, ce seul poumon ne peut plus y tenir; le malade est essoufflé, épuisé, tousse, se plaint d'un point de côté, et l'inflammation se développe dans ce parenchyme resté sain jusque là; une pneumonie ou une pleuro-péripneumonie survient, et le patient est promptement étouffé.

Quand il succombe à une pleurite extrêmement rapide qui a atrophié le poumon, on trouve, dans la cavité où a existé la douleur, la plèvre opaque et colorée en rouge; mais il y a beaucoup de variétés dans cette coloration : quelquefois elle présente des sortes d'é-

levures rouges, qui ont quelque ressemblance avec l'eczéma, ou avec de petits érythèmes, ou avec les plaques de la rougeole. On en voit de semblables sur le péritoine. Quelquefois aussi la plèvre se présente tout-à-fait comme la plaie vive d'un vésicatoire suppurant. Ces cas sont rares; mais, parce que vous ne les aurez pas vus dans cinquante cliniques, n'allez pas prétendre qu'ils n'existent pas. Ce qu'on trouve le plus souvent, c'est une plèvre opaque, recouverte de fausses membranes superposées, puis une matière blanchâtre, d'apparence semi-caséeuse, avec de la sérosité rougeâtre, ou bien une matière purulente, dissoute dans le liquide, offrant l'aspect d'un pus phlegmoneux. C'est particulièrement dans la pleurite circonscrite que cette dernière sorte de pus s'observe.

Cette espèce de pleurite est assez rare, et se rencontre chez les sujets qui avaient des adhérences entre le poumon et la plèvre. L'inflammation qui se développe dans le poumon vient déborder sur celle-ci, et y produit un petit dépôt : comme cette plèvre est adhérente, elle ne cède que difficilement dans une petite étendue, et donne lieu à un petit foyer qui peut avoir le caractère d'un véritable foyer phlegmoneux. Du reste, quand le poumon est presque complètement déprimé, il est rare que le fluide contenu dans la cavité pectorale présente les apparences du pus; il ressemble le plus souvent à une sérosité lactescente, ou à une matière caillebotée. Quelquefois, quand la pleurite a existé long-temps

et qu'il y a eu des adhérences consécutives à un long épanchement, vous trouvez la plèvre épaissie de deux à trois lignes, ou offrant des plaques cartilagineuses qui paraissent être la plèvre elle-même, mais qui ne sont qu'une sécrétion déposée derrière les feuillets transparens ou dans les lames du tissu cellulaire.

Le pronostic est subordonné à la simplicité ou à la complication de la maladie. Une pleurite simple, attaquée à son début, est d'ordinaire facile à enlever; mais, dans bien des cas, elle ne vient que consécutivement à une bronchite qui a duré plusieurs jours, ou même à une véritable péripneumonie. Nous avons vérifié ce matin, au Val-de-Grâce, cette complication chez un homme qui avait conservé une toux pendant long-temps, qui avait négligé le régime, qui ne s'était pas préservé du froid, qui n'avait voulu enfin suivre aucun conseil. Sa bronchite s'est convertie en péripneumonie latente, l'inflammation a débordé dans la partie inférieure, nous avons entendu le son disparaître et la respiration s'éloigner, nous avons constaté le râle crépitant et les autres symptômes, moins l'œgophonie. Il est mort. L'autopsie nous a montré le poumon en partie déprimé par une collection d'une pinte environ de sérosité; mais sa partie inférieure, dure et engorgée, n'avait point cédé à la compression. En effet, pour que le poumon soit déprimé par la pleurite, il faut qu'il ne soit pas hépatisé, que celle-ci soit survenue primitivement, ou

bien que l'inflammation n'ait fait que traverser vivement les bronches et le parenchyme pour venir s'effleurir à la surface de la plèvre.

Ainsi, pour établir le pronostic, vous aurez d'abord égard à l'intensité de la douleur, et vous examinerez ensuite s'il reste encore du parenchyme perméable dans le côté où la douleur a existé. S'il n'en reste plus et que le son soit mat dans une grande étendue, vous avez une pleurite prédominante qui a atrophié le poumon. Ce cas est extrêmement grave, parce que le sujet ne conserve que moitié moins d'espace qu'il ne lui en faut pour respirer, et qu'il peut mourir dans un intervalle de temps nécessaire seulement pour déprimer ou pour engorger son second poumon, et cet intervalle n'est pas long : une pleurite pure et simple ou une congestion pulmonaire qui fait de rapides progrès, tue son homme dans l'espace de deux à trois jours. On trouve alors un poumon entièrement atrophié et refoulé sous la clavicule, et l'autre gorgé de sang.

Mais si la pleurite est compliquée d'une congestion pulmonaire du même côté, vous pouvez prédire que l'épanchement sera moins considérable. Le danger alors ne vient pas seulement de l'épanchement, mais de la complication de la phlegmasie du parenchyme. C'est pourquoi il faut avoir égard au degré de la péripneumonie pour apprécier ces inflammations.

Du reste, quand la pleurite cesse promptement d'être douloureuse sous l'influence des

moyens usités, quand le son mat disparaît, ou que du moins il reste borné à la partie inférieure du poumon, d'ordinaire la pleurite diminue promptement; il y a seulement quelques semaines de son mat à la partie inférieure, mais sans douleur et sans fréquence du pouls, et le malade entre en convalescence. Ces cas ne sont pas graves.

Mais, de ce que la pleurite perd sa douleur promptement, il ne faut pas conclure qu'elle perde pour cela son caractère d'inflammation fluxionnaire. Faites-y bien attention. On veut absolument de la douleur pour caractériser la pleurite, et l'on se plaint bien haut qnand elle manque. Eh! mon Dieu! la douleur n'est rien; beaucoup de pleurites ne l'ont pas, ou, si elle existe à leur début, une application de sangsues, un cataplasme, un vomitif, un purgatif, l'enlèvent avec une facilité étonnante. Cette douleur, qui rendait le malade malheureux, qui le faisait souffrir comme si on lui eût traversé le corps avec une lance, disparaît; mais sa maladie n'est pas enlevée pour cela : quelquefois même, après qu'elle a disparu, il se forme un épanchement rapide et considérable. Mais cela n'empêche pas que vous n'ayez à apprécier d'abord le degré de la douleur, quand elle existe. Si la maladie est nouvelle et vive, la douleur n'est pas d'un mauvais augure, et cependant il ne faut pas être trop rassuré. Vous avez ensuite à constater le degré de l'épanchement. S'il n'est pas considérable,

que la douleur n'ait pas complètement disparu et qu'il y ait peu de son mat, la maladie n'est pas grave. Si, au contraire, la douleur ayant disparu, il y a un son mat très étendu et que l'inflammation ait attaqué la surface qui reçoit l'air, la maladie est grave. Il y a cependant des individus qui supportent mieux que d'autres une dépression du poumon. Mais comment apprécier cela? Par l'étendue de la surface respiratoire. Si l'on retranche un poumon à une personne qui a la poitrine étroite, elle étouffera, tandis qu'une autre dont la poitrine est vaste pourra avoir un poumon déprimé complètement sans qu'il en résulte de dyspnée, sinon quand elle voudra marcher, pourvu qu'on l'ait saignée en raison de la dépression. Tâchez donc d'apprécier la douleur, l'étendue de l'épanchement et celle de la surface respiratoire; tâchez aussi d'apprécier les phénomènes d'irritation gastrique et duodénale qui peuvent se rencontrer, et vous aurez une idée claire de la maladie et de ce qui doit arriver. Mais, pour vous rendre cette appréciation plus facile, il faut que je vous décrive la pleuro-pneumonie.

De la pleuro-pneumonie.

Il arrive souvent qu'il y a à la fois pleurite et péripneumonie, et cela constitue la pleuro-pneumonie. Cette affection peut exister de différentes manières :

1° Dans un seul côté de la poitrine, à la suite de la péripneumonie, qui a eu l'initiative;

celle-ci n'ayant pas été arrêtée et ayant duré huit à vingt jours, la pleurite s'y ajoute : ce n'est pas une marche voulue ni une chose écrite d'avance dans la destinée de chaque individu ; ce sont des phlegmasies non combattues qui s'étendent et se multiplient ;

2° Partagée entre les deux côtés de la poitrine: d'ordinaire la pleurite est primitive : alors le sang se retire de l'autre côté de la poitrine, et il s'y déclare une péripneumonie, de sorte qu'il y a pleurite d'un côté et pneumonie de l'autre ;

3° Quelquefois la péripneumonie occupant la majeure partie du poumon peut encore s'étendre en bas jusqu'à la plèvre et produire la pleuro-pneumonie du côté secondairement affecté, tandis qu'il y a simple pleurite de l'autre.

Ces pleuro-pneumonies, ainsi que les pleurésies et les pneumonies doubles, constituent trois terribles nuances d'inflammation de poitrine. Elles sont tellement promptes dans leur développement qu'il est souvent très difficile de les diagnostiquer, à moins qu'on ne soit continuellement à percuter et à ausculter, et qu'on ne fasse en quelque sorte métier de l'auscultation : encore faut-il ajouter à cette exploration assidue le soin d'en vérifier les résultats par les ouvertures de cadavres. Ce n'est qu'ainsi qu'on arrive à la précision dans le diagnostic du siége des phlegmasies des poumons. Cependant, que ceux qui ne sont pas destinés à passer leur vie dans les hôpitaux se consolent; il n'est pas nécessaire de savoir ces finesses de diagnostic

pour être bon thérapeutiste des inflammations du poumon : ils ont, pour se guider, l'irritation, qui leur fait trouver toujours assez de signes, sans le secours des autopsies multipliées, pour constater le siége de l'inflammation et, par conséquent, le point sur lequel il faut agir. Par l'aspect des symptômes, la percussion et l'auscultation, vous pouvez marcher hardiment dans le traitement des inflammations pulmonaires.

Un malade est jugé affecté d'une pleuro-péripneumonie quand, à un point de côté et aux signes d'un épanchement, s'associent la crépitation d'un parenchyme, soit du côté de la plèvre malade, soit de l'autre côté, et un râle muqueux entremêlé à la crépitation. Lorsque cette double phlegmasie existe des deux côtés, ou seulement d'un seul, elle est toujours intense : vous voyez les malades respirer avec difficulté, orthopnéiques, assis, tant qu'ils en ont la force, les épaules élevées en voûte, le pouls fréquent, plein, dur, tendu : c'est le pouls de la péripneumonie, prédominant sur celui de la pleurite, lequel n'a que la vivacité pour lui, avec la tension quelquefois, mais jamais l'amplitude de celui de la péripneumonie. Cette considération du pouls peut vous guider dans le diagnostic et vous empêcher d'affirmer une péripneumonie qui n'existerait pas, faute que j'ai vu commettre souvent. Lorsqu'une pleurite se forme avec rapidité et qu'elle déprime promptement un poumon, le sang se réfugiant dans l'autre pou-

mon, y forme une congestion qui donne la plénitude du pouls : ainsi le pouls plein et dur correspond toujours à une congestion pulmonaire, qu'il y ait ou qu'il n'y ait pas pleurite; il est accéléré et ne tombe que dans les derniers momens, lorsque le malade est près de succomber. Alors la lividité paraît, les crachats sont ceux de la péripneumonie, et les derniers momens sont absolument semblables à ceux de cette maladie, dans son plus haut degré. Il ne s'agit donc que de distinguer, quand il y a un point pleurétique avec son mat, où est ce point, pour savoir de quel côté est la pleurite. Souvenez-vous que le son mat par lui-même ne prouve, au premier abord, ni l'épanchement ni l'induration; il faut écouter : quand il y a induration complète, aucun bruit respiratoire ne s'entend derrière les côtes; mais, si elle est incomplète, on entend du râle muqueux, du souffle bronchique et de la crépitation; quand il y a épanchement, on perçoit plus ou moins un bruit correspondant à l'oreille, avec ou sans mélange de râle muqueux ou crépitant. Ce qui m'a paru toujours le plus positif pour caractériser l'épanchement, c'est l'éloignement progressif du bruit respiratoire à mesure qu'on descend et s'approche du point où l'épanchement est le plus considérable. Quant à l'œgophonie, elle manque dans plusieurs épanchemens et peut exister dans des indurations générales du parenchyme.

Le pronostic de la pleuro-pneumonie est extrêmement grave, parce que, malheureusement,

cette complication arrive après qu'une des deux maladies a déjà existé plus ou moins de temps, et qu'il y a des désordres avancés.

L'autopsie présente les altérations réunies des deux affections.

Le traitement est une partie très importante. En général, nous ne réussissons à guérir les inflammations aiguës du poumon que lorsqu'elles ne sont pas fort étendues et que nous les attaquons de bonne heure. Cependant, si elles sont peu intenses et circonscrites, nous pouvons encore les vaincre, même en ne les attaquant que loin de leur début, à quinze, vingt, trente, et même quarante jours de ce terme. Il y a des années où les inflammations de poitrine sont moins étendues et où elles marchent moins vite; il y en a d'autres où c'est le contraire et où les épanchemens se font en très peu de temps et à pleine poitrine; d'autres où elles sont plus circonscrites et inter-lobulaires; d'autres où les congestions pulmonaires ne sont presque que des catarrhes; d'autres enfin où les complications de pleurésie et de péripneumonie se présentent fréquemment. Les causes de ces variétés sont difficiles, mais non impossibles à déterminer. Il y a d'abord des influences atmosphériques qui modifient notre sensibilité, et qui ne sont jamais exactement les mêmes deux années de suite. Une foule d'autres circonstances ne sont pas moins puissantes. Quand une année a été abondante et que le peuple s'est bien nourri, il n'est pas dans les mêmes conditions

que lorsque l'année a été malheureuse, quand une armée a souffert du froid, qu'elle a séjourné dans des contrées marécageuses où régnaient des fièvres intermittentes, et qu'elle se trouve atteinte de pleurites et de péripneumonies; les hommes meurent avec une promptitude effrayante. Ces réflexions vous prouvent combien il est difficile de faire l'histoire complète des maladies de l'homme dans une ou deux salles d'hôpital. Il faut les observer sur des masses d'individus soumises aux influences diverses des eaux, des airs et des lieux, dans des latitudes opposées. Il n'y a vraiment que la médecine militaire qui satisfasse pleinement à cette condition. Nous avons maintenant au Val-de-Grâce des malades qui nous viennent de l'armée du Nord, de pays froids, à fièvres intermittentes, et chez lesquels les épanchemens se font avec rapidité. Vous pouvez, dans l'état civil, observer des cas analogues, voir la péripneumonie affecter un ivrogne, un homme affaibli, un vieillard qui vit avec une gastrite ou une pleurésie chroniques, un individu qui a perdu l'équilibre, à cause d'un anévrisme du cœur.... ces gens peuvent être foudroyés en quelques heures par une pleuro-pneumonie.

Je cherche à vous résumer ces faits en peu de mots, quand je vous dis que les inflammations de poitrine doivent être attaquées de bonne heure, parce que, chez les individus mal disposés, elles peuvent être promptement fatales : souvent, après deux ou trois jours, elles ne sont plus cu

rables. Si, au contraire, elles attaquent des sujets neufs, exempts de toute prédisposition, elles peuvent rester stationnaires et ne point désorganiser pendant quinze jours et plus. On a d'abord, pour les combattre, la saignée générale, qui est incontestablement à la tête de tous les moyens, mais il faut la pratiquer le plus promptement possible, et coup sur coup, quand vous avez affaire à un sujet fort, surtout si sa péripneumonie marche promptement à la pleurite ou à l'induration. L'un de ses parenchymes étant bon, il vivra par ce parenchyme, pendant que l'autre guérira. A plus forte raison, faudra-t-il saigner, si les deux parenchymes sont atteints à la fois. Après la saignée générale, vous pratiquez de petites saignées locales pour entretenir un flux sanguin dans le point de la congestion. On dit que les sangsues ne sont pas utiles dans la péripneumonie; mais c'est une erreur : elles paraissent plus avantageuses dans la pleurite, parce qu'elles enlèvent la douleur; mais un vésicatoire l'enlève également. Les saignées générales dégorgent, et les saignées locales enlèvent la crépitation.

Cependant on ne peut avoir une telle confiance dans ces moyens qu'il faille négliger les autres. Depuis long-temps on avait attaqué la péripneumonie et la pleurite par les vomitifs. Des médecins du moyen âge avaient donné, dans les maladies aiguës de poitrine, après les saignées, un, deux, trois et jusqu'à six vomitifs ou éméto-cathartiques, et avaient observé que le

soulagement était en proportion des vomissemens et des selles. Mais ils ne s'étaient livrés à cette pratique qu'en tremblant, parce qu'elle ne leur réussissait pas toujours; ce qui dépendait de ce qu'ils ne savaient pas préparer l'estomac à recevoir ces médicamens, c'est-à-dire détruire l'irritation gastrique par les sangsues placées à l'épigastre, et dégorger l'hypocondre droit. Ils se contentaient, après une saignée générale, des délayans et de deux ou trois émélo-cathartiques. Des catastrophes saillantes avaient discrédité ce moyen, et il était tombé en désuétude, lorsque Rasori imagina de dire que les vomitifs étaient des contre-stimulans, et que l'émétique guérissait, non par l'effet des évacuations, mais par une vertu directement sédative, comme l'opium. Il plaça sur la même ligne tous les drastiques et les fondans, et établit en partie sur cette base sa théorie contre-stimulante, qu'il prétendit prouver en donnant l'émétique, non à la dose d'un ou de deux grains, comme faisaient Rivière, Bailly, Sydenham et les autres classiques du dernier ou de l'avant-dernier siècle, mais à des doses considérables, d'un, de deux ou de trois grains toutes les heures ou toutes les deux heures, de manière à accabler le malade et à lui ôter la force de vomir, après l'avoir fait vomir beaucoup. Cette méthode fut célébrée et exportée d'Italie en France, comme les nôtres le sont dans les autres pays. Définitivement on s'arrêta à la préparation suivante : huit grains d'émétique dans huit à dix onces d'infusion de fleurs d'oranger ou de tilleul légè-

rement édulcorée, dont on donna une cuillerée toutes les deux heures, toutes les heures ou toutes les demi-heures. On déclara que l'émétique ainsi administré agit par une absorption interstitielle résolutive, et non par des évacuations. Mais je niai d'abord formellement l'assertion qu'une énorme dose d'émétique pût avoir une vertu sédative, et j'affirmai en outre que, si l'émétique guérit, ce n'est que par révulsion. Je fais usage de cette méthode depuis plusieurs années, et je puis vous en faire connaître les résultats : l'émétique stimule vivement l'estomac, provoque des vomissemens et des selles, et soulage ou dégorge les poumons directement en raison des évacuations. Les personnes qui suivent ma clinique sont journellement témoins de ces faits.

J'entends néanmoins répéter que l'émétique à hautes doses agit par une propriété directement sédative. Encore une fois, rien n'est plus faux : quand il ne fait pas vomir, il rend les malades plus souffrans, il produit la gastro-entérite, et, si l'on en force la dose, il peut tuer au milieu des douleurs et des convulsions, et donner lieu à des épanchemens cérébraux. Administré à la dose d'un demi-grain à un grain, d'heure en heure, il produit souvent des évacuations, par différentes voies : chez les uns il fait vomir et évacuer par bas; chez les autres, il excite des sueurs ou des urines abondantes ; il en est qui ne peuvent le supporter, et auxquels il donne une gastrite. J'ai reconnu que la meilleure manière de l'administrer dans les bronchites, les péri-

pneumonies et les pleurésies qui ont résisté aux saignées, après toutefois qu'on a détruit la complication de gastrite ou de gastro-duodénite, quand elle existe, par les sangsues placées à l'épigastre, est de lui donner de l'eau de guimauve pour excipient. De cette manière, il provoque de légères évacuations, et l'on n'a besoin de le continuer que pendant un ou deux jours, et non, comme le veut Laennec, jusqu'à ce que les malades aient mangé les trois quarts de la portion d'alimens. Si quelques uns ont pu le supporter jusque là, c'est grâce sans doute à leur idiosyncrasie. Je pense qu'il faut s'arrêter dès qu'on a provoqué le dégorgement des poumons, sauf à recommencer plus tard, si ce dégorgement n'est pas complet. La préparation qui se fait avec l'infusion de feuilles d'oranger est amère, et cette amertume jointe à la saveur métallique déplaît aux malades : c'est pour cela que je lui préfère celle avec l'infusion de guimauve ou de violette à laquelle on peut ajouter le laudanum, lorsque la sensibilité est exaltée ou que le sujet est nerveux. On en suspend l'emploi quand on voit que la maladie ne cède pas, et qu'il se développe de la sécheresse à la langue et de la sensibilité dans les voies gastriques.

En somme, on peut administrer le tartrate antimonié de potasse, 1° quand le malade, après avoir été fortement saigné, est dans un état voisin de l'agonie ; 2° après les saignées ordinaires, sans attendre aussi tard ; 3° après un traitement antiphlogistique de plusieurs jours, quand on a

détruit la pleurite et qu'il reste un râle pulmonaire opiniâtre et une toux fréquente, en ayant soin toujours de préparer les voies gastriques. Dans tous les cas, un ou deux jours d'administration de l'émétique suffisent ordinairement.

Tels sont les principaux moyens, au nombre desquels vous devez mettre encore le vésicatoire, qui produit quelquefois un avortement subit de l'inflammation, après les saignées. J'ai vu, par l'application d'un vésicatoire, la fréquence du pouls tomber de cent vingt à soixante pulsations. Il peut même être placé sur la douleur, dans l'endroit du bouillonnement, du son mat ou de la crépitation, quand la saignée a été abondante. S'il y a trop de chaleur et de congestion vers la poitrine, et surtout s'il y a irritation dans la région duodéno-hépatique, je préfère le placer aux cuisses.

Quant aux ventouses scarifiées, elles sont beaucoup moins utiles que les sangsues; elles font une petite attraction vers la peau, et n'occasionent qu'un dégorgement lent.

Les boissons doivent être mucilagineuses ou gommeuses. S'il y a des quintes de toux trop vives, on administre l'opium.

A l'égard des voies gastriques, lorsque vous voyez de la rougeur à la langue, de la turgescence à l'épigastre, de la soif, etc., c'est qu'il existe une complication de gastrite. Mais ne croyez pas que la péripneumonie la produise nécessairement : il y a des péripneumonies très intenses, sans complication de gastricité, dans lesquelles la

langue est pâle, plate, l'épigastre non turgescent, etc. Lorsque les symptômes gastriques existent réellement avec la péripneumonie, cela dépend d'une extension de l'inflammation qui est partagée par les organes sous-diaphragmatiques. Il faut alors être circonspect sur l'emploi de l'émétique.

On a encore vanté l'huile de croton-tiglium. Elle peut être utile comme toutes les substances qui provoquent des évacuations abondantes.

Nous commencerons, dans notre prochaine réunion, à nous occuper des inflammations chroniques de la poitrine.

CINQUANTE-SIXIÈME LEÇON.

21 mars 1832.

—

Des inflammations chroniques du poumon.

Messieurs,

Nous avons étudié les inflammations aiguës de la poitrine sous les trois formes auxquelles on peut les réduire. Nous les avons vues naître sous l'influence des modificateurs externes, marcher ensuite, non d'une manière indépendante, mais toujours sous l'influence de ces modificateurs, guérir, se prolonger ou devenir mortelles. Lorsqu'elles ont dû guérir, nous avons noté les symptômes qui annoncent cette heureuse terminaison ; lorsqu'elles se sont aggravées, nous avons recueilli les signes de cette fâcheuse marche ; lorsqu'elles se sont terminées par la mort, nous avons cherché dans les cadavres, et décrit les désordres qui ont causé cette fin malheureuse. Rappelant ensuite les symptômes dans le pronostic qui a suivi la nécroscopie, nous avons cherché à les mettre d'accord avec les altérations cadavériques. Telle est, je crois, la véritable méthode : notre objet étant la patholo-

gie, ce ne doit être que subsidiairement que l'anatomie pathologique nous prête ses lumières. Notre cours doit être une sorte de spectacle, le plus dramatique possible, dans lequel, nous transportant au lit des malades pour être témoins de leurs souffrances, et dans les amphithéâtres de dissection pour reconnaître les désordres qui les ont causées, nous apprenons à prévoir les différentes terminaisons et à obtenir les plus avantageuses.

Nous avons surtout eu soin de vous rendre attentifs au passage de l'inflammation d'un tissu à un autre, et de vous faire remarquer l'inconvénient d'étudier isolément le catarrhe, la pleurite et la pneumonie. Il existe bien quelques cas de simplicité; mais ceux de complication sont incomparablement plus nombreux : quand l'inflammation n'est pas grave, on peut trouver des bronchites simples, des pleurites simples, des péripneumonites simples; mais, quand elle devient violente, la complication est inévitable. Nous avons fait la même remarque relativement au canal digestif : on y rencontre des phlegmasies simples jusqu'à un certain point, tant qu'elles sont circonscrites; mais, du moment qu'elles s'étendent, la simplicité disparaît.

Nous voilà préparés à étudier ces inflammations dans l'état chronique, et nous allons y procéder.

De la pleurite chronique.

Je commence par la pleurite chronique, qui

peut faire suite à l'aiguë, ou être primitive. Dans ce dernier cas, elle est presque toujours latente, c'est-à-dire qu'elle se développe sans que le malade en ait le soupçon; ce qui en fait une des maladies les plus insidieuses qui puissent exister.

Les causes de la pleurite chronique sont les mêmes que celles de l'aiguë : ou cette affection vient par suite de l'inflammation des bronches ou du parenchyme, ou elle vient de l'extérieur. Très souvent la pleurite chronique primitive, inaperçue même par le malade, est l'effet d'un rhumatisme : une personne, après avoir éprouvé des douleurs rhumatismales à plusieurs reprises dans différentes parties, les sent sur les parois de la poitrine; le médecin percute, ausculte, et ne constate aucune lésion dans les fonctions respiratoires. Il perd ensuite de vue le malade, qui cesse de faire attention à cet accident; mais, au bout d'un certain temps, il est tout étonné de trouver une collection purulente. Ce passage du rhumatisme à la plèvre a lieu dans l'état chronique aussi bien que dans l'état aigu.

Les violences extérieures, les coups, les chutes, les pressions, peuvent produire des pleurites chroniques, de même qu'elles produisent des péritonites chroniques : mais ce sont d'ordinaire des pleurites avec adhérences, qui se bornent à causer une gêne dans la fonction respiratoire.

Les rhumes prolongés font quelquefois naître la pleurite avec épanchement, sans qu'on l'ait soupçonnée, sans qu'aucune douleur en ait fourni d'indices. On est forcé par la dyspnée à

un examen attentif, et l'on trouve une collection.

Le frisson des fièvres intermittentes détermine la pleurite chronique plus souvent que l'aiguë, surtout dans les saisons et les pays froids et humides. Pendant le frisson d'une fièvre intermittente, un malade qui n'était pas enrhumé, et qui avait eu même déjà plusieurs accès sans l'être, le devient, tousse, sent un point de côté qui se renouvelle et augmente aux accès suivans, finit par se sentir oppressé et par avoir un épanchement dans la poitrine. Le froid des fièvres intermittentes produit donc des bronchites, des pleurites, et même des pneumonies chroniques.

Les percussions et les contusions que reçoivent les maîtres d'armes peuvent, quand ils ont la poitrine faible, quoiqu'ils soient plastronnés, leur occasioner des pleurites avec adhérences, et même des pneumonies chroniques.

Les caractères de la pleurite chronique sont le son mat et l'œgophonie. L'œgophonie peut manquer lorsqu'il y a trop de liquide accumulé dans la poitrine; mais le son mat, la respiration éloignée ou nulle, l'absence complète de toute espèce de râle près de l'oreille, l'élévation et l'écartement des côtes, l'œdème, ne manquent pas et caractérisent surtout la pleurite chronique qui est à pleine poitrine, ou dans laquelle il ne reste qu'un peu de poumon sous la clavicule, sans aucun bruit respiratoire ou avec un bruit très borné. Les malades qui ont le poumon entièrement atrophié sont sujets à présenter le côté de

la poitrine, où existe le son mat avec ou sans œgophonie, plus élevé que le côté opposé.

Si la pleurite chronique est à gauche, avec compression du cœur, il y a quelques signes qui peuvent simuler l'anévrisme; mais on s'assure qu'il n'existe pas, en considérant que le cœur n'est pas dilaté, que l'étendue de ses pulsations est diminuée, et que les signes de l'épanchement existent. La déviation du cœur dans le côté droit de la poitrine est quelquefois assez grande pour faire croire à une transposition de ce viscère. Lorsque le malade prend de l'exercice, ou même sans qu'il en prenne, il éprouve plus ou moins de dyspnée; elle est faible quand la maladie est simple : il s'habitude peu à peu à la dépression du poumon du côté de l'épanchement, et l'autre poumon supplée son congénère, du moins tant que la circulation n'est pas accélérée; car alors il n'y peut suffire seul, et la dyspnée se fait sentir.

Il y a presque toujours fréquence et petitesse du pouls. Quand la fréquence se rencontre avec un petit mouvement fébrile du soir, il faut constater si elle dépend purement et simplement de la pleurite, ou si elle n'est pas due à l'inflammation du parenchyme en partie déprimé et correspondant à la plèvre malade, ou à l'inflammation du parenchyme opposé, ou à une autre inflammation, telle qu'une gastrite.

La sensibilité des parois pectorales varie : il y a des sujets chez lesquels tout le côté affecté est endolori, sans même qu'on le percute, et

d'autres qui n'y éprouvent aucune sensation extraordinaire.

Si nous voulons tracer la marche de cette affection, il faut, pour être clair, distinguer les cas où elle est simple de ceux où elle est compliquée; car la pleurite simple est possible, et il faut savoir la reconnaître. Quand il n'y a épanchement que d'un côté de la poitrine, sans complication de péripneumonie de ce côté ni de l'autre, le malade peut être sans fièvre, sans fréquence du pouls et sans dyspnée, s'il reste en repos; mais, s'il marche, s'il mange, ou s'il éprouve quelque passion, il est pris de fréquence du pouls et de dyspnée, qui, du reste, ne persistent pas.

Que devient cet épanchement? de deux choses l'une : ou il diminue, et la maladie tend à la guérison; ou il persiste, et les fonctions se détériorent.

Premier cas : Il diminue lorsque les autres organes sont sains, que le sujet est d'une bonne constitution, ou, selon l'expression vulgaire, d'une bonne pâte, que le poumon n'est pas extrêmement déprimé, que l'épanchement s'est formé à la suite de l'état aigu. On remarque alors une diminution de volume du côté malade, la disparition de l'œdème de ce côté et de celui des paupières, et la cessation de l'endolorissement. (En vous parlant des symptômes, j'ai oublié de vous mentionner une douleur qui se propage quelquefois dans le bras, par le plexus brachial, et qui est assez commune, quoique les auteurs

en aient peu fait mention. Elle n'est que le résultat de la propagation de l'irritation des viscères dans les nerfs.) En même temps l'œgophonie parait, et, après avoir manqué parce que la poitrine était trop pleine, la résorption se faisant et le poumon ne se développant pas assez vite pour remplir l'espace qu'elle laisse vide, ce signe devient sensible, quoique le malade aille mieux. C'est alors que le côté de la poitrine dans lequel est l'épanchement se rétrécit et devient plus petit que le côté opposé. Ce rétrécissement est quelquefois considérable, quand la résorption est complète : il y a des adhérences dans tout le pourtour du poumon, et la fausse membrane est quelquefois très épaisse; mais elle se resserre à mesure que la guérison avance. Si la pleurite n'a pas duré long-temps, si le poumon déprimé ne s'est pas altéré, s'il se développe, et si la respiration s'y rétablit promptement, l'atrophie de la poitrine est moindre; mais si le poumon est resté long-temps contracté, adhérent, retenu sous la clavicule et contre le médiastin, il ne se laisse pas dilater, ce sont les parois qui viennent le chercher, et la cavité pectorale se resserre comme le crâne quand le cerveau s'atrophie : c'est la loi. Dans ce dernier cas, les deux tables ne pouvant suivre le mouvement trop prompt de rétraction de l'organe, il se dépose entre lui et les méninges une matière gélatino-albumineuse, et la table interne se rapproche seule du cerveau.

Quoique le poumon soit réduit à un petit volume et la poitrine atrophiée d'un côté,

il n'en faut pas conclure que la guérison radicale soit impossible; car il arrive quelquefois que ce qui reste de poumon se développe peu à peu, et que la poitrine se dilate et reprend sa forme régulière. J'ai vu de ces exemples, et, entre autres, celui d'une jeune personne de dix-huit ans, dont la poitrine avait éprouvé une déformation considérable à la suite d'un épanchement résorbé. Elle était désolée et fondait en larmes pendant que nous l'explorions. Cependant sa poitrine reprit, en trois à quatre ans, sa forme naturelle. Mais, pour qu'une semblable réparation se fasse, il faut que le poumon du côté atrophié soit sain, sans péripneumonie chronique, sans toux, ni signes de phlegmasie quelconque.

Second cas : L'épanchement persiste; la poitrine, au lieu de se rétrécir, se dilate, ses parois s'œdématient, le pourtour des yeux s'infiltre, les extrémités inférieures s'infiltrent, il y a de la fièvre, avec imminence ou commencement de péripneumonie du côté atrophié ou du côté opposé, et vous pouvez vous en convaicre par le râle qui se manifeste, par la rougeur de la pommette correspondante, par le redoublement du soir; il y a aussi tendance à la reproduction de l'irritation séreuse exhalante, à la péricadite ou à la péritonite chroniques, à l'ascite, à l'arachnoïdite, à l'hydrocèle; mais ces irritations ne sont pas aussi inflammatoires ni aussi actives que l'irritation primitive de la plèvre; les malades sont exposés à mourir d'asphyxie par la compression du poumon ou

par celle qui résulte des autres épanchemens, ou à éprouver une inflammation funeste dans le parenchyme.

Le nom que l'on donne à cette pleurite à pleine poitrine, qui ne tend pas à se résoudre, est celui d'empyème ou d'hydropisie de poitrine : ce mot, dans l'ancienne médecine, désignait, non seulement cette nuance de la pleurite chronique, mais encore les maladies du cœur, les névroses, les hypertrophies et les anévrismes de cet organe, où il y avait dyspnée; car la dyspnée est le caractère fondamental de ces maladies.

Voyons maintenant la pleurite chronique compliquée de pneumonite. Celle-ci peut être primitive ou consécutive. Elle est rarement consécutive quand elle existe du même côté que la pleurite, par la raison toute simple que, si celle-ci a l'initiative et si l'épanchement se fait rapidement, le poumon est tellement comprimé qu'il ne peut s'enflammer; mais, si la pleurite ne survient que quand la péripneumonie a envahi une partie du poumon, les deux phlegmasies restent dans un état de balancement : il y a simultanément pleurite dans la partie inférieure et postérieure, et péripneumonie dans la supérieure, et les signes des deux affections peuvent être saisis. La complication de péripneumonie peut aussi se faire du côté opposé à celui où est la pleurite, et cela se voit dans les cas où la pleurite a été primitive et long-temps simple, et où le poumon resté

libre a été forcé à trop d'action. S'il y a deux pleurites, l'une d'un côté et l'autre de l'autre, la maladie se complique; s'il y a deux pneumonies, elle se complique encore davantage, et l'on peut les diagnostiquer par l'auscultation.

Dans cette pleurite compliquée, c'est par la pneumonite que le malade succombe, en devenant phthisique : il se forme dans son poumon des suppurations phlegmoneuses ou des tubercules qui tombent en deliquium, et des cavernes. L'existence de ces foyers phlegmoneux dans la pneumonie chronique est prouvée par les faits : ils se rencontrent aussi bien que les fontes tuberculeuses et les cavernes. En général, toutes ces altérations peuvent se trouver réunies.

Les signes de cette complication consistent dans un mouvement fébrile plus vif que quand il n'y a que pleurite; on observe la rougeur des pommettes, des sueurs nocturnes, des crachats purulens, le retour de la voix par les cavernes, ou la pectoriloquie. Pendant que le malade dépérit comme un véritable phthisique, une chose peut arriver : si la pneumonie chronique suppurante, tuberculeuse ou non, se trouve du côté correspondant à l'épanchement, il peut se faire une ouverture du foyer de suppuration du parenchyme dans la plèvre; celle-ci se perfore, et il s'établit une communication entre la cavité séreuse, où existe depuis long-temps le foyer purulent, et les bronches, dont les extrémités plongent dans ce foyer. On a pensé que

la pleurite pure et simple pouvait produire la perforation de la plèvre et donner lieu à sa communication avec les bronches; mais je ne l'ai jamais vu, et je ne connais aucun fait qui le prouve. Lorsqu'il se fait une communication du foyer de la pleurite avec les bronches, c'est toujours parce que le poumon est en partie déprimé par l'épanchement, et lui-même le siége d'un foyer de suppuration qui creuse vers la plèvre, l'amincit et la perce, tandis que la pleurite tend au contraire à l'épaissir. Il n'y a dans le pus des membranes séreuses aucune vertu perforatrice capable de produire des fistules.

Les signes de cette communication sont les suivans: le malade, après avoir présenté les symptômes réunis de la péripneumonie et de la pleurite chroniques, éprouve tout-à-coup une douleur vive du côté de l'épanchement, ou quelquefois n'en éprouve aucune; mais il expectore constamment un liquide abondant qui pourrait souvent remplir plusieurs cuvettes. Ce liquide est un mélange de l'épanchement pleurétique, de la sécrétion des bronches et du pus du foyer pulmonaire. L'air s'introduisant dans toutes ces cavités facilite la décomposition des matières, et le malade rend de la sérosité mêlée de pus, de flocons albumineux, de débris de fausses membranes, de mucus, de sang, d'une espèce de sanie, et quelquefois de fragmens d'escarres. Après une évacuation complète ou plusieurs successives, il est soulagé; et si l'on percute, on obtient un son clair à l'endroit où

se faisait entendre précédemment le son mat; les parois de la poitrine résonnent comme un tambour, et cependant l'oreille ne perçoit aucun bruit respiratoire. On conclut de là que le liquide a été évacué, et que le son est l'effet du vide de la caverne. Plus tard, la maladie continuant sa marche et les matières se reproduisant, le foyer se remplit de nouveau. On entend un bouillonnement quand le malade respire, un retentissement amphorique ou de bouteille, et quelquefois, en le faisant s'asseoir, un bruit semblable à celui d'une goutte d'eau qui tomberait dans un bassin, bruit que Laennec a appelé tintement métallique. Il a fait de cet état, ainsi que de plusieurs autres, des descriptions admirables auxquelles on ne saurait trop rendre justice: ce sont des signes extrêmement précieux pour le diagnostic. Quand ils sont réunis, c'est-à-dire quand un son clair a remplacé le son mat, quand un foyer s'est rempli pour se vider de nouveau, et qu'à cela se joint le bouillonnement de la respiration, le tintement métallique, on ne peut avoir de doute sur la communication du foyer de la plèvre avec le poumon caverneux, et le malade doit être déclaré phthisique, c'est-à-dire atteint d'une phlegmasie chronique ulcéreuse du parenchyme pulmonaire, et en même temps d'une pleurite chronique.

Que devient cette affection? D'ordinaire elle occasione la consomption en quelques semaines, quelquefois même en moins de temps, et la mort des malades, qui périssent dans un marasme

complet et dans un état de fétidité, avec une décomposition du poumon et une affection consécutive des voies gastriques. Cependant ils sont quelquefois plus heureux : les cavités de la plévre se vident périodiquement une ou deux fois par semaine, et ils passent dans cet état des années, qui ne sont jamais, il est vrai, bien nombreuses, et après lesquelles, quand ils succombent, on constate une espèce de fistule communiquant de la plèvre aux bronches et aboutissant à une cavité plus ou moins étendue et dont les parois sont tapissées intérieurement d'une espèce de membrane muqueuse analogue à celle des fistules extérieures, mais très éloignée pourtant de la structure des véritables membranes muqueuses. Ces parois très souvent ne sont pas ulcérées, quoiqu'elles aient supporté une certaine irritation de la part de l'air qui s'introduisait dans leur cavité et décomposait toujours plus ou moins les matières que celle-ci renfermait. Tant que le parenchyme ne s'affecte pas trop, ces malades peuvent vivre; mais, tôt ou tard, l'inflammation s'en empare, se communique même aux voies gastriques, et ils meurent.

La nécroscopie de la pleurite chronique présente d'ordinaire une collection de sérosité et de matière purulente, avec des fausses membranes, et quelquefois du sang; car la terminaison subite par épanchement sanguin est possible, quand il existe en même temps une pneumonie chronique. Des signes d'hémorrhagie intérieure annoncent cette terminaison, qui est

du reste difficile, à cause de la compression que le liquide épanché exerce sur le poumon plus ou moins atrophié et qui ne peut guère fournir de sang qu'en cas de perforation ; mais ceci est une complication. Dans les cas simples, on trouve donc un liquide séro-purulent remplissant la cavité et n'ayant pas d'ordinaire de fétidité, avec des fausses membranes appliquées les unes sur les autres et plus ou moins ramollies et délayées par le liquide. En effet, une pleurite qui allait guérir peut, par un surcroît d'irritation, éprouver un nouvel afflux qui distende la cavité, dissolve les fausses membranes les plus récentes, mais ne puisse réduire les plus anciennes, celles qui sont le plus rapprochées de la surface costale. Ensuite, les plèvres elles-mêmes (la costale et la pulmonaire) peuvent être altérées, épaissies, tuberculeuses. La pulmonaire est quelquefois rouge, pointillée, et la portion de parenchyme qui lui est sous-jacente offre une induration parsemée de tubercules dans sa partie la plus superficielle, immédiatement sous la membrane, de manière à ne laisser aucun doute sur l'origine de cet état morbide dans celle-ci, preuve évidente que les tubercules peuvent être l'effet de la pleurite. Des personnes pour qui c'est une jouissance de donner des démentis, ont nié ce fait ; mais il n'en est pas moins constant, et je l'affirme.

Dans les cas de complication, on rencontre des désordres multipliés, surtout quand il y a eu communication d'un foyer pulmonaire avec

un foyer pleurétique. L'air ayant pénétré dans ces foyers, le pus s'y est décomposé et a fait office de poison irritant local en même temps que de poison stupéfiant par absorption. Vous trouvez alors la plèvre plus enflammée, rouge, ulcérée et même gangrénée. Lorsqu'on est attentif et qu'on se souvient de ce qui s'est passé, il est facile de distinguer tous les âges et tous les degrés de ces altérations : dans le poumon, on reconnaît les traces de la péripneumonie chronique, sur lesquelles je ne m'appesantis pas, devant en traiter prochainement d'une manière spéciale, et, dans les autres viscères, celles des inflammations additionnelles.

Le pronostic de la pleurite chronique simple et circonscrite n'est pas mauvais; la guérison en est possible, si le traitement est bien conduit. Mais, lorsqu'elle est considérable, qu'on n'entend presque pas de bruit respiratoire, que la collection augmente, que l'œdème fait des progrès, que le malade devient ascitique, le cas est presque toujours désespéré : les parenchymes tendent à se prendre; celui du côté opposé à l'épanchement se prend presque toujours, et le malade succombe.

Quand la pleurite chronique est compliquée d'une péripneumonie qui date à peu près de la même époque qu'elle, ce n'est pas de la pleurite que naît le danger, mais de la péripneumonie. Cela rentre dans la phthisie, qui n'est guérissable, dans ce cas, que lorsque, la pleurite étant primitive, on peut saisir le moment où

commence à se développer la péripneumonie, et l'arrêter. J'ai vu des soldats, sortis de l'hôpital avec une pleurite chronique, y rentrer avec un catarrhe ou une autre complication, et cependant guérir avec le temps, et d'autres chez lesquels la phlegmasie pulmonaire prenait un tel essor qu'on ne pouvait s'en rendre maître. Si la pleurite n'est pas primitive, ou qu'on ne se trouve pas là pour arrêter l'inflammation quand elle s'empare du poumon, les malades, ordinairement, ne peuvent guérir, et périssent phthisiques.

Quant au pronostic de la pleurite communicante, il est mauvais : la plupart des sujets meurent en peu de temps. La célérité de la mort est, au reste, subordonnée à l'époque où la communication s'établit. Elle peut se faire quand le malade a encore des forces, quand le foyer de suppuration est circonscrit dans le parenchyme affecté, et que l'autre reste sain. Un tel état peut durer des années. Mais, si la communication s'ouvre lorsque le malade est en proie à une péripneumonie chronique qui l'a mis dans la consomption, elle devient promptement mortelle. On peut, du reste, en juger facilement par les symptômes : quand la maladie doit être funeste, la fièvre redouble, le délire survient, la fétidité se manifeste, la langue se dessèche, les symptômes de la gastrite typhoïde paraissent, l'empoisonnement du malade par lui-même hâte sa destruction.

Le traitement de la pleurite chronique con-

siste dans l'emploi des exutoires et du régime. Les saignées ont peu d'effet sur elle, à moins qu'on ne la voie se déployer à la suite de douleurs rhumatismales, le sujet étant sain, et qu'on ne l'attaque vivement; et à moins qu'on ne les emploie lorsque la pleurite, d'indolente, devient aiguë, ou lorsqu'il se développe un surcroît de phlegmasie dans la plèvre, ou lorsque l'endolorissement est considérable de ce côté et que le malade conserve de la force. Alors quelques saignées générales, et surtout quelques saignées locales, peuvent être avantageuses; mais ce n'est que pour un moment.

Le plus souvent, cette maladie étant lente dans sa marche, on l'a traitée par les stimulans; mais ils ont procuré peu d'avantages, et il n'y a guère que les diurétiques qui puissent être employés. Il faut appliquer cinq, six, huit moxas sur la poitrine, sauf à enlever ensuite par quelques sangsues l'excès d'inflammation qu'ils auraient pu produire. Il faut nourrir le malade de végétaux et de substances féculentes et gélatineuses, le tenir au repos continuel, lui prescrire le silence. Si la pleurite n'est pas étendue, on peut espérer de la guérir ainsi. On s'aperçoit au reste de l'amélioration par le déploiement de la respiration sous la clavicule.

Quant à celle qui remplit la poitrine, quoique simple, elle offre peu d'espoir de guérison par les diurétiques et les exutoires. Aussi, plusieurs médecins ont-ils conseillé l'opération de l'empyème, que l'on pratique surtout quand la collection se manifeste à la suite d'une inflamma-

tion aiguë, et que l'on trouve décrite dans tous les traités de thérapeutique chirugicale. Voici les signes auxquels on peut reconnaître que cette opération aura du succès, et ceux qui doivent faire penser le contraire : vous pouvez espérer quelque chose de l'empyème quand le poumon du côté pleurétisé n'est pas malade et qu'il n'y a pas de péripneumonie du côté opposé, quand il n'existe pas simultanément de gastrite, d'entérite, de colite; vous n'en pouvez rien espérer dans les circonstances opposées : si vous y avez recours, vous ne ferez que hâter la mort des malades. L'oubli de ces distinctions explique pourquoi les uns ont réussi, et les autres ont échoué dans cette opération.

Le traitement de la pleurite chronique compliquée de péripneumonie est celui des pneumonies chroniques. Quand la complication vient après la pleurésie, on peut l'arrêter. Si l'on ne sauve pas le malade, on prolonge du moins ses jours en retardant l'explosion de la phlegmasie secondaire dont il est menacé : on peut ainsi l'empêcher cinq, six, huit, dix fois, comme on peut prévenir l'explosion d'une gastrite ou d'une entéro-colite qui va précipiter sa destruction. Vous avez ensuite à calmer les accidens, à remédier à la toux au moyen des narcotiques, à diminuer un peu l'irritation du cœur par la digitale, à régler le régime de manière à ce qu'il fournisse peu à l'hématose, à proscrire tout exercice et à répéter les exutoires selon le succès que vous en obtenez. Vous voyez des individus accoutu-

més à braver le mal, qui, après avoir eu une communication pleuro-pulmonaire et une expectoration copieuse, vous disent qu'ils n'en redoutent pas les suites, et vaquent à leurs affaires. Vous devez toujours redouter pour eux une explosion de phlegmasie pulmonaire, à laquelle ils sont d'autant plus exposés, que la plèvre est dans un état continuel d'irritation par l'air qui s'y introduit et le pus qui s'y décompose. D'ailleurs, l'autre côté est exposé à s'affecter. De tels individus doivent donc être soumis à un régime extrêmement sévère. Il est possible qu'avec le temps il s'en trouve quelques uns qui guérissent; mais j'avoue que, jusqu'à ce jour, cela est sans exemple pour moi : je n'ai vu guérir aucun individu ayant un épanchement pleurétique ouvert dans le poumon.

CINQUANTE-SEPTIÈME LEÇON.

23 mars 1832.

De la pneumonie chronique et de la phthisie.

Messieurs,

Nous avons à nous occuper maintenant de la pneumonie chronique, sujet extrêmement difficile à cause de sa complication. Vous vous rappelez les différentes formes des inflammations du tissu pulmonaire. Vous avez bien compris que toutes ces inflammations, que nous avons vues dans l'état aigu, peuvent exister dans l'état chronique. Déjà même je vous ai entretenus de l'une d'elles, de la pleurite chronique, et vous avez vu qu'elle se lie avec les inflammations tant aiguës que chroniques du parenchyme.

C'est maintenant aux inflammations chroniques de ce parenchyme lui-même que nous avons affaire. Elles sont fréquemment le dernier aboutissant des irritations aiguës, qui deviennent en effet chroniques quand elles se répètent un grand nombre de fois, et qui finissent par la désorganisation du poumon. Mais ces pneumonies chroniques ne sont pas les seules.

Faisons subir à notre sujet les divisions dont il est susceptible.

On observe des pneumonies chroniques consécutives et des pneumonies chroniques primitives.

Les premières se voient : 1° à la suite des bronchites aiguës et des bronchites chroniques, car vous savez que l'inflammation peut avoir été aiguë dans les bronches et y être ensuite chronique ; 2° à la suite des phlegmasies aiguës du parenchyme, qui peuvent se prolonger et devenir chroniques ; 3° à la suite des pleurites aiguës et des pleurites chroniques ; 4° à la suite des phlegmasies d'autres organes, surtout de celles de l'estomac.

La péripneumonie chronique doit être envisagée de cette manière par le médecin qui ne veut pas être exclusif ni tomber dans les vues rétrécies de l'ontologie, c'est-à-dire dans les entités morbides indépendantes de l'état des organes. Elle doit être étudiée d'une manière large et s'enchaîner avec toutes les inflammations du corps vivant ; car il n'y a pas de lois particulières pour elle. Nos motifs pour l'envisager ainsi sont les suivans : il n'est pas possible de partager, sur le vivant, les ulcérations et dissolutions du poumon en deux séries, dont les caractères seraient tirés de l'absence ou de la présence des tuberules pulmonaires. C'est cependant ce qu'on s'est efforcé de faire : on n'a voulu appeler péripneumonies chroniques que les inflammations chroniques du poumon dans lesquelles il n'y a pas de tubercules, et l'on a affranchi de ce titre celles dans lesquelles il y en a. Mais cela ne peut être per-

mis, attendu que les tubercules s'accompagnent toujours d'une inflammation chronique du poumon, et qu'on ne peut tirer le caractère des ulcérations et fontes purulentes de cet organe, avec consomption, ce qui constitue la phthisie pulmonaire, de l'absence de l'inflammation ni de la présence des tubercules. Elle existe dans les cas où il y a, comme dans ceux où il n'y a pas de tubercules, et l'on ne peut avoir *à priori* de signes positifs, mais seulement des probabilités de la présence des tubercules dans le poumon. J'ai fixé cet hiver l'attention des élèves du Val-de-Grâce sur cette question. Cinq individus étant morts avec les signes de la consomption pulmonaire, j'ai mis en doute chez eux, avant l'autopsie, l'existence des tubercules, parce que je n'en avais pas assez de présomptions, et l'évènement a justifié mon doute : nous avons constaté des phlegmasies pulmonaires qui avaient produit des cavernes suppurantes et détruit le poumon au point de conduire les malades au marasme le plus complet, sans qu'il se fût développé de tubercules.

Les inflammations du poumon qui font tomber cet organe en *deliquium* et qui conduisent les malades à la consomption sans qu'il se forme de tubercules, sont donc constantes, et, dès lors, les tubercules cessent d'être le caractère propre ou la condition *sine quâ non* de la phthisie. Les anciens entendaient par ce mot, dérivé de φθίω, je sèche, l'amaigrissement ou la consomption produite par l'inflammation qui échauffe et qui fait suppurer et fondre le poumon, avec ou sans tubercules. C'est cette inflammation qui donne

la fièvre, qui dissémine l'irritation, qui fait dépérir le malade et le conduit à la mort. Il ne faut pas en accuser les tubercules ; car ils peuvent manquer, ainsi que le prouvent les cinq observations relatées ci-dessus, et auxquelles il serait facile d'en ajouter beaucoup d'autres semblables. Du reste, les phlegmasies consomptives du poumon présentent plus de tubercules dans certaines constitutions, et moins dans d'autres, plus dans certains âges, et moins dans d'autres, plus dans certaines latitudes ou dans certaines saisons, et moins dans d'autres. Ils ne sont qu'une circonstance variable. Ce qu'il y a d'essentiel, c'est l'inflammation chronique, qui n'a nullement besoin d'être alimentée par eux et qui dévore le poumon à elle seule.

Telles sont les considérations extrêmement importantes qui m'ont engagé à réunir sous le nom de pneumonie chronique ce que Laennec a séparé sous ceux de phthisie pulmonaire et de pneumonie chronique. Mais, pour que cette question soit plus claire, je dois commencer par répondre à une proposition de cet auteur qui considère comme péripneumonies chroniques des inflammations dans lesquelles l'induration a lieu sans tubercules, et qui suppose que ces inflammations ne conduisent pas les malades à la consomption par la fonte purulente des poumons. Tout en rendant justice à ce savant pathologiste, il y a de ses assertions que nous sommes forcé de nier, et celle-là est du nombre : il est faux que l'induration ou l'hépatisation du poumon sans tubercules ne puisse produire la con-

somption complète, comme le fait la péripneumonie avec tubercules, et je ne vois pas pourquoi on ferait deux affections distinctes de ces deux cas. Si vous pouviez les distinguer dès le début, à la bonne heure; mais cela n'est pas possible.

Occupons-nous d'abord de la pneumonie chronique consécutive à la bronchite simple. Celle-ci, en se prolongeant, peut s'accompagner d'une expectoration abondante ou légère, se rapprochant du pus ou ressemblant à une espèce de colle, différences qui viennent uniquement du degré d'irritation qui règne dans la membrane muqueuse et de la variété d'organisation de celle-ci, selon la constitution individuelle. Cette bronchite peut être primitive ou faire suite à une gastrite, à une coqueluche, à un catarrhe convulsif : ce catarrhe cessant, il reste une toux qui perd le caractère convulsif et qui persiste avec sécrétion ou avec une simple irritation peu ou point secrétoire (catarrhe sec de Laennec). Elle peut être la suite des maladies éruptives, de la rougeole, de la variole, de la scarlatine, qui laissent souvent après elles une inflammation dans la membrane muqueuse des bronches, inflammation qui provoque aussi une expectoration variable suivant le degré d'irritation de cette membrane, suivant la constitution du sujet plus ou moins propre aux sécrétions abondantes; en un mot, suivant des circonstances faciles à déterminer. Si l'on veut s'attacher à ce qui est manifeste, avoir quelque chose de net et éviter les entités factices, il faut reconnaître que,

dans tous ces cas, il n'y a pas encore de pneumonie chronique. Quand elle existera, elle sera caractérisée par les mêmes signes que l'aiguë : le son plus ou moins mat, le râle crépitant au milieu du râle muqueux, une chaleur plus active, des sueurs, un degré d'émotion vive dans le système sanguin, que la simple bronchite n'entretenait pas, etc. ; bien entendu qu'il faudra s'assurer si une complication de gastrite ou de duodénite ne contribue pas à donner de l'activité au pouls, ou l'avoir détruite, pour être en droit d'attribuer le mouvement fébrile uniquement à la phlegmasie bronchique devenue parenchymateuse. Cette certitude acquise, si l'amaigrissement est rapide, et si l'inflammation tend à se disséminer sur différens organes, il n'y a plus de doute. Les signes de la fonte du poumon ne tardent pas à se manifester.

Mais ici se présente une objection à laquelle nous devons répondre, et qui appartient encore à Laennec. Il a prétendu que le catarrhe ne pouvait pas produire la phthisie pulmonaire, et, pour soutenir cette proposition, il s'est appuyé des raisonnemens et des ouvertures de cadavres. Il a dit que le catarrhe était plutôt le préservatif que la cause de la phthisie pulmonaire, et que ceux qui avaient les bronches irritées et qui sécrétaient abondamment par ces parties, n'étaient point sujets à cette affection. Ceci n'est point exact; en effet, on trouve des tubercules chez des personnes qui ont commencé par avoir une bronchite, et l'auteur que nous critiquons le savait aussi bien que nous; mais il

avait sa réponse prête : « Si vous trouvez, disait-il, des tubercules chez des personnes qui ont succombé à un catarrhe pulmonaire prolongé, c'est que ces tubercules préexistaient au catarrhe. » Erreur. Les tubercules ne peuvent être affirmés préexistans si les signes de la bronchite ont eu l'initiative. Le catarrhe, dans ce cas, est seul constant, et il est d'ailleurs impossible de déterminer *à priori* s'il est ou non tuberculeux. On prouvera bien, par la présence ou l'absence du râle crépitant, du son mat, etc., que le malade a ou n'a pas une péripneumonie ajoutée à son catarrhe; mais on ne prouvera pas qu'il a ou qu'il n'a pas de tubercules. On vous dit que, quand vous trouvez un certain bouillonnement on gargouillement au milieu du râle, c'est qu'il y a des tubercules. Cela est faux : je vous renvoie, pour vous en convaincre, à l'observation des faits. Ainsi, la supposition des tubercules préexistans à une bronchite chronique qui a paru avant les cavernes pulmonaires, et l'assertion qu'ils sont indépendans de cette bronchite quand on les trouve après la mort, est inadmissible, et il reste le fait démontré par l'historique de la maladie, quand il est bien fait, qu'un individu bien portant et qui n'avait point de tubercules a éprouvé une bronchite, laquelle, en se prolongeant, a fini par des tubercules, avec ou sans hépatisation du poumon.

Il faut rapporter à cette pneumonie chronique consécutive à la bronchite celle succédant aux phlegmasies ulcéreuses du larynx et des

bronches, et les phthisies des vieillards longtemps catarrheux; phthisies avec mélanose de Bayle, accompagnées ou non de tubercules.

Voyons maintenant la péripneumonie chronique qui succède à l'aiguë.

Celle-ci peut prendre plusieurs directions : 1° se terminer par suppuration et être suivie d'abcès, de foyers, de vomiques, de cavernes, sans signes de pleurite; la cavité suppurante, au lieu de se rétrécir, continue de fournir du pus et de s'étendre; alors, l'expectoration persévérant, le malade tombe dans un état de consomption, avec fièvre, redoublemens, sueurs nocturnes, rougeurs des joues, râle, pectoriloquie, gargouillement, etc.; la propagation se fait dans l'estomac et dans d'autres organes, la mort arrive, et l'autopsie découvre des indurations et des cavernes, avec ou sans tubercules dans les premières et autour des dernières;

2° N'être point suivie de foyers, de cavernes, etc., mais s'accompagner de crachats purulens; la consomption est alors rapide, et la propagation se fait comme dans le cas précédent; l'autopsie montre du pus infiltré dans le parenchyme gris et mou, quelquefois, et souvent même, des petits foyers que l'ausculation n'avait pu révéler;

3° Ne point suppurer, être sèche et se caractériser par la matité, la dureté du parenchyme, le râle crépitant au centre du mal, muqueux à l'entour, point de gargouillement, peu ou point de fièvre, la maigreur n'allant pas jusqu'à la con-

somption, et à laquelle s'ajoutent l'infiltration, le teint jaunâtre, les étouffemens, la toux nocturne, les pommettes colorées, et quelquefois la gastrite. La mort a lieu sans marasme, et rarement avec diarrhée. Les nécroscopies montrent l'induration rouge ou jaune, souvent de la sérosité dans les plèvres et le péricarde. Laennec n'a rien dit de ces pneumonies sèches, et s'est moqué de moi quand je les ai décrites. Il na vu que les grises (n° 2) avec infiltration de pus et foyers simples ou multiples. Ces pneumonies sèches peuvent être primitives ou suites de catarrhes. On conçoit aisément, du reste, pourquoi la fièvre qui les accompagne est moins marquée que dans les nuances précédentes, qui sont avec suppuration : un poumon qui suppure et s'ulcère en contact avec l'air est toujours plus irrité, plus chaud et plus influent sur l'économie qu'un poumon qui ne suppure pas et qui reste dans un état d'induration, surtout si cette induration réside dans un parenchyme tout-à-fait décoloré par l'extravasation, dans ses cellules et les interstices de ses vésicules, d'une matière albumineuse et fibrineuse, qui farcit l'organe, éteint sa vitalité et le fait tomber dans un état anti-inflammatoire, si l'on peut s'exprimer ainsi. J'ai vu de ces hépatisations jaunes et blanches qui se distinguaient à peine des foies gras, et qui contenaient des accumulations considérables de fibrine et d'albumine, sans qu'il y eût eu presque de fièvre. Dans ces sortes d'états, le son reste mat dans quelques régions, la crépitance subsiste à l'entour dans une plus ou moins

grande étendue, sans, comme nous l'avons dit, qu'il y ait de consomption; le malade est couleur paille, languissant, quelquefois leucophlegmatique, mangeant plus ou moins, toussant, étouffant. Sa position est difficile à caractériser; il faut faire l'élimination de plusieurs maladies pour arriver à la détermination exacte de celle qu'il a : il faut abstraire l'épanchement du poumon, les maladies du cœur, sa dilatation, son ramollissement, les compressions qu'il peut éprouver par l'effet d'une péricardite, toutes les causes qui rendent le son mat, la respiration anhéleuse, etc. Ces distinctions sont difficiles à faire, et empêchent souvent le diagnostic d'être exact.

Des tubercules peuvent se former dans cette nuance de pneumonie indurative, et alors, après un calme plus ou moins long, viennent les symptômes des pneumonies tuberculeuses primitives, dont nous aurons bientôt à nous occuper.

Terminons ce qui est relatif aux pneumonies chroniques consécutives par celles que l'on voit succéder aux pleurites aiguës et aux pleurites chroniques.

La pneumonie chronique consécutive aux pleurites aiguës, une fois formée, se comporte comme les pneumonies chroniques primitives.

Celle qui succède aux pleurites chroniques, ou qui coexiste avec elles, présente trois cas principaux :

Premier cas. La pleurite et la pneumonie chroniques se forment du même côté. Le plus souvent, c'est celle-ci qui a la priorité ; quand

la pleurite survient, il existe déjà une pneumonie partielle avec adhérence et induration, qui s'opposent à la dépression entière du parenchyme; la pleurésie établit son règne dans la partie inférieure, tandis que la pneumonie chronique occupe la supérieure. Quelquefois aussi c'est le contraire qui s'observe : un homme a une pleurite et une pneumonie chronique du même côté de la poitrine, après avoir présenté d'abord les signes de la première. S'il meurt, on trouve un épanchement dans la plèvre, le poumon à moitié déprimé, enflammé, hépatisé, à un, deux ou trois pouces de profondeur, seulement dans sa portion qui touche la plèvre malade, avec des tubercules au revers de celle-ci. Le reste du parenchyme est sain et sans aucune sécrétion tuberculeuse. Il peut se former alors un foyer pulmonaire qui s'ouvre dans celui de la plèvre.

Nous avons, au sujet de cette rareté de coïncidence de la pleurésie et de la pneumonie chroniques du même côté, une remarque à faire. Quand la phlegmasie se forme dans la partie inférieure et au bord tranchant du poumon, là où la cavité est extrêmement rétrécie par la saillie du foie, de l'estomac et de la rate, il y a presque toujours pleuro-pneumonie; le parenchyme est trop mince et enveloppé de trop près par la plèvre, pour que ces deux tissus ne s'enflamment pas simultanément. Souvent le râle crépitant, signe de la pneumonie, se joint à la douleur pleurétique, et peut servir à faire distinguer laquelle des deux affections a eu la priorité. Nous

avons ouvert la semaine dernière un homme qui avait, dans la portion inférieure de l'un des lobes d'un poumon, une masse tuberculeuse de la grosseur d'un œuf d'oie, et le pourtour de cette masse induré et semé de tubercules qui s'étendaient à une hauteur fixe, au-dessus de laquelle il n'y en avait plus. Cette altération était venue par suite d'une hépatisation chronique du bord tranchant, compliquée d'une pleurite, dont les traces existaient en même temps, et qui semblait avoir eu l'initiative. Cependant il ne faut pas vous flatter de déterminer toujours au juste, même après l'autopsie, dans quel tissu la maladie a commencé. En résumé, la pneumonie chronique peut être consécutive à la pleurésie chronique dans le même côté de la poitrine; mais cela est rare.

Second cas. La pneumonie chronique se forme du côté opposé à la pleurite chronique : le poumon déprimé par l'épanchement faisant moins bien ses fonctions, son congénère est forcé à plus d'action et se trouve conduit à la phlegmasie aiguë, qui, si elle n'étouffe pas le malade, peut passer à l'état chronique et produire des tubercules. Très souvent on voit, d'un côté de la poitrine, une phlegmasie chronique qui a produit des tubercules, et une de l'autre côté, moins ancienne, qui n'a pas eu le temps d'en produire. Cette pneumonie chronique siégeant dans le côté opposé à la pleurésie qui l'a occasionée, offre les signes des pneumonies chroniques or-

dinaires, et peut marcher à l'abcès, à l'induration, aux tubercules, etc.

Troisième cas. La pneumonie chronique se forme des deux côtés : ce cas est rare. Les deux maladies sont toujours de différens âges, et les malades se trouvent promptement suffoqués. Les complications et les diverses propagations sont en raison de l'intensité du mouvement inflammatoire.

Dans tous ces cas, la maladie se manifeste par des signes constans : le son mat, la crépitance, le gargouillement, les signes de caverne, la réaction du foyer inflammatoire sur le cœur et sur toute l'économie, etc. La pleurite chronique seule entretient peu de fièvre; quand il y en a beaucoup, c'est que la pneumonie chronique est derrière elle.

Telle est la pneumonie chronique consécutive aux inflammations pulmonaires. Sa marche est à peu près semblable à celle de la pneumonie chroniqne primitive, et nous la suivrons en même temps que cette dernière, dont il nous reste à nous occuper. Je dis à peu près semblable, parce que, ordinairement, dans la première, le malade conserve moins de forces; mais cela n'empêche pas les caractères fondamentaux d'être exactement de même nature.

Vous l'avez vu : l'inflammation peut être primitive dans tous les tissus, à l'état chronique comme à l'état aigu. Ce grand fait, que j'ai été long-temps seul à soutenir, mais sur lequel maintenant beaucoup de médecins sont d'ac-

cord avec moi, a besoin d'être souvent rappelé.

Tâchons de nous entendre sur les différentes formes et les divers débuts de cette pneumonie chronique primitive. Je ne puis maintenant l'appeler phthisie, parce qu'il n'est pas certain, quand elle commence, qu'elle conduise le malade à la consomption, et que si elle ne l'y conduit pas, le sens de cette expression n'est pas rempli. Il lui faut pour caractère un début qui soit accompagné d'autres signes que de ceux des maladies que nous venons d'examiner, sans quoi nous tomberions dans la confusion. Il lui faut un début sans signes de bronchite et de pleurite, sans râle muqueux on bronchique, sans points de côté, sans épanchement, etc., mais avec engorgement pulmonaire ou hépatisation primitive, crépitance, son mat, crachats visqueux, sanguinolens, etc., etc.

Établissons nos divisions :

La pneumonie chronique primitive peut se présenter sous deux formes : l'une inflammatoire et l'autre subinflammatoire.

La première nous offre quatre débuts principaux :

1° *Sans catarrhes antécédens* : elle se distingue de la bronchite par des caractères particuliers : elle n'est pas produite par le froid ; elle ressort par toutes les causes stimulantes qui accélèrent la circulation et activent l'innervation ; elle n'est point accompagnée du râle muqueux ni de l'expectoration passant par les diverses nuances propres au catarrhe ordinaire ; elle consiste dans

une irritation des extrémités bronchiques, répétée au larynx et provoquant une toux sèche; elle se complique quelquefois d'un catarrhe accidentellement produit par le froid, mais, quand il est passé, elle persiste: on ne peut prouver dans ce cas l'existence de tubercules antérieurs à la toux;

2° *Par l'hémoptysie* légère ou copieuse, accompagnée souvent d'ématémèse;

3° *Par la gastrite et la gastro-duodénite chroniques*: cette nuance est commune surtout en Angleterre;

4° *Par les signes de l'hypertrophie* du cœur, après les crues rapides: on observe souvent un sentiment de chaleur dans le centre circulatoire et la poitrine, une tendance aux hémorrhagies, un pouls plus fréquent que dans les hypertrophies ordinaires, des douleurs dans le dos, une disposition à tousser, des crachats rouges, des hémoptysies, la vivacité des sensations, la rapidité du développement du cerveau, l'excès d'activité de cet organe, une pénétration précoce, une grande ardeur et une supériorité remarquable dans les travaux de l'esprit, une taille élancée, une poitrine mince, des yeux vifs, le cou long, quelquefois les membres bien développés, aucune apparence scrofuleuse, aucun râle, aucune imperméabilité du poumon, une souplesse, au contraire, et une liberté parfaite des mouvemens respiratoires, un tempérament sanguin nerveux, la langue rouge, une certaine nuance de gastrite, etc. Ces jeunes gens ont le système vascu-

laire sanguin et le système nerveux dans une surexcitation générale. Leur sang, poussé avec une rapidité extrême par un cœur épais, fort, actif, brûle, pour ainsi dire, l'économie, et précipite toutes les innervations. La maladie déclarée, les phénomènes inflammatoires marchent avec une grande violence, et ces jeunes gens rentrent dans la série commune des phthisiques.

On voit de ces pneumonies qui conduisent à la mort dans l'espace d'un mois et demi à deux mois, sans suppuration. On trouve force tubercules, petits, durs, blancs, sortes de granulations cartilagineuses remplissant toute l'étendue du parenchyme et semées dans un tissu rouge, engorgé, plus ou moins induré. Ce sont des phlegmasies qui peuvent avoir été plus ou moins long-temps sous la forme n° 1, et qui, vu certaines causes, se sont mises à marcher avec violence. Ou bien les tubercules ont été produits par une des trois phlegmasies pulmonaires, surtout par les bronchites, et souvent par les prétendus catarrhes secs de Laennec.

Ces quatre débuts de la pneumonie chronique primitive, de forme inflammatoire, ne viennent pas toujours à la suite d'une crue rapide : elles peuvent être le résultat de la suppression d'un flux sanguin, de la rétrocession d'une phlegmasie cutanée vive, etc.

La forme subinflammatoire de cette même affection nous occupera dans la prochaine séance.

CINQUANTE-HUITIÈME LEÇON.

26 mars 1832.

Messieurs,

Nous étudions la pneumonie chronique, à laquelle j'ai donné ce nom : 1° parce qu'elle est toujours une inflammation ; 2° parce que la destruction du poumon est en raison de cette inflammation ; 3° parce que cette destruction peut avoir lieu sans tubercules ; 4° parce que les tubercules peuvent exister sans cette destruction.

Nous avons divisé les pneumonies chroniques en consécutives ou résultant des inflammations pulmonaires que nous avons étudiées, et en primitives ou développées indépendamment de ces inflammations. J'ai cherché à vous faire saisir le moment où le catarrhe, la bronchite, la pleurite, la péripneumonie, changent de caractère et prennent celui de la péripneumonie chronique. Je vous ai dit que celle-ci, pour mériter le nom de primitive, devait paraître sans signes étrangers, c'est-à-dire sans signes de bronchite, de pleurite, etc. ; mais qu'elle était au moins précédée d'une irritation du poumon, qui pouvait faire craindre la destruction de cet organe, et qui, si la maladie n'était pas arrêtée, pouvait

être considérée comme son prodrome, ou ne pas être considérée comme telle, si elle l'était, de même que les irritations gastriques qui précèdent les grandes inflammations du canal digestif prennent le nom de prodromes si la maladie n'est pas arrêtée, et ne le prennent pas dans le cas contraire.

Nous devons nous attacher aujourd'hui à la forme subinflammatoire de la pneumonie chronique primitive, forme qui présente trois débuts.

Premier début : caractérisé par un état scrofuleux manifesté par les affections strumeuses extérieures, rendues probables dans le poumon par l'imperméabilité, la matité dans une grande étendue, avec un peu de fièvre, le râle muqueux et crépitant, etc.

Second début : même état, souvent précédé d'exsudations et de suppurations dartreuses ou teigneuses rentrées, ou se déclarant chez des personnes épuisées par une sécrétion ou des évacuations excessives, par exemple, chez des femmes qui ont trop allaité ou qui ont eu des fleurs blanches abondantes, chez des individus qui se seront livrés à des excès de coït ou de masturbation, enfin chez des sujets débilités. Vous verrez dans les auteurs que la débilité ou l'épuisement produit directement la phthisie : c'est une erreur ; car on peut s'épuiser sans devenir phthisique, et ni la pneumonie chronique, ni les tubercules, ne sont une conséquence nécessaire de la diminution des forces ou de l'action excessive des

sécréteurs. La phthisie provient, dans ce cas, de ce que les causes débilitantes agissent sur des sujets mal conformés, lymphatiques, scrofuleux, qui ont une poitrine trop irritable, et de ce que, quand le froid les saisit, il produit sur eux des congestions plus lymphatiques que sanguines, contre lesquelles ils n'ont pas la force de réagir.

Troisième début: dans les glandes bronchiques, et plutôt dans celle du médiastin, avec les signes d'affection du parenchyme, comme dans le premier début. C'est l'irritation la plus glandulo-lymphatique ou scrofuleuse primitive. Elle est rare, mais on la rencontre : il est des cas dans lesquels il se fait une sécrétion tuberculeuse dans les ganglions, sans qu'il y ait eu de bronchite ni même de pneumonie, et, ce qu'il y a de plus remarquable, c'est que cette sécrétion ne produit pas nécessairement la fièvre, et que les glandes du médiastin peuvent être presque toutes transformées en une masse tuberculeuse sans qu'il y ait de fièvre. Ce cas peut se présumer quand le sujet est scrofuleux, quand il a eu dans son enfance des glandes malades au cou et aux aisselles, quand il éprouve une dyspnée qu'on ne sait à quoi attribuer et qu'on reconnaît n'être due ni à la pleurésie, ni à l'affection du cœur, les signes de cette affection n'existant pas, quand, par la percussion, on trouve un son mat qui commence au milieu du sternum, avec de l'étouffement, une respiration rauque, sibilante, etc. Il est à craindre alors que le sujet n'ait des ganglions affectés dans le médiastin,

à la bifurcation des bronches, et même dans le poumon ; car l'irritation des glandes lymphatiques peut se communiquer aux bronches et au parenchyme. Le diagnostic est difficile à ce degré ; mais si l'on voit la fréquence du pouls et une chaleur vive se déclarer consécutivement, on peut malheureusement affirmer que la pneumonie chronique est manifeste. La subinflammation l'ayant dès long-temps précédée, on a peu de prise sur cette maladie, qui est beaucoup plus commune chez les enfans que chez les adultes.

Remarquons que, dans toutes les pneumonies qui sont l'effet du tempérament lymphatique et d'une irritation long-temps fixée et propagée dans les ganglions viscéraux, le degré d'inflammation et de trouble sanguin local et général varie beaucoup : les uns périssent presque sans en éprouver, et présentent de grosses masses de ganglions, de matière tuberculeuse amassée dans le poumon, atrophiant le parenchyme, offrant quelquefois des concrétions comme plâtreuses, pierreuses, des écorces écailleuses, des sortes d'étuis comme des pattes de homards ou des pinces d'écrevisses; les autres présentent des désordres plus inflammatoires. Dans tous ces cas, l'irritation répétée dans les voies digestives y forme aussi des masses tuberculeuses mésentériques, des tubercules dans l'épaisseur des intestins, et des ulcérations dans la muqueuse du tube. Ces altérations sont fréquentes dans le nord, où les tempéramens sont lymphatiques, où les pleurites et les péritonites deviennent aisément

tuberculeuses, et où des tubercules peuvent s'offrir dans un grand nombre d'organes à la fois.

Demandons-nous maintenant quelles sont les causes de la pneumonie chronique. Elles sont, à mon avis, de deux espèces : déterminantes et prédisposantes. Les premières se résolvent en un seul mot, le froid. Cela peut-être vous paraîtra trop bref ; mais il faut songer qu'il y a dans la manière dont cette cause modifie le corps de quoi faire un long traité. Il est certain d'abord que le froid produit la péripneumonie, la pleurésie, etc., et qu'on peut même prédire ces affections d'après la température. Ayant eu à reprendre dernièrement mon service, après l'avoir suspendu pendant trois jours, je me suis dit, avant de rentrer dans les salles et en voyant le vent du nord s'élever et des rayons de soleil fort chauds lutter contre ce vent au milieu du jour : « Les phlegmasies de poitrine vont devenir prédominantes et se combiner avec la gastro-entérite, de manière à constituer des maladies fort graves et à ne plus permettre l'emploi de l'émétique. » Cette prédiction a été pleinement justifiée, et elle est d'autant plus facile à concevoir, que le genre de vie de nos malades est parfaitement uniforme, qu'ils font tous les mêmes exercices, qu'ils ne peuvent changer leurs habitudes, ni se chauffer plus, ni se vêtir davantage, quand l'atmosphère change. Toutes les vicissitudes atmosphériques s'impriment donc sur eux à peu près de la même manière. Le plus novice étudiant peut constater

cela. C'est nous surtout, médecins militaires, qui savons que les phthisies sont produites par le froid, principalement le froid humide. Ces maladies diminuent à mesure qu'on avance dans le midi. Dans la partie méridionale de l'Espagne, quand, sur une population de vingt à vingt-cinq mille habitans, un ou deux meurent phthisiques en quatre ou cinq ans, c'est un évènement : tout le monde le sait et en est alarmé. Allez donc, après cela, faire l'histoire de la phthisie dans Paris seulement, avec des observations prises à l'Hôtel-Dieu, à la Charité, etc. !

Le froid occasione cette maladie de deux manières : 1° en produisant les trois phlegmasies dont je vous ai parlé, lesquelles, n'étant pas complètement éteintes, restent dans l'organe et le détériorent en y faisant naître ou n'y faisant pas naître des tubercules, suivant la disposition des sujets ; 2° en la déterminant primitivement par son action sur le système sécréteur intra-aréolaire et sur le lymphatique, et reversant toutes les sécrétions séreuses à l'intérieur. Quand un individu de constitution molle et lymphatique habite un pays froid et humide, il transpire peu et n'a point de réaction contre le froid ; ses organes intérieurs se surchargent et deviennent plus épais, ses follicules muqueux travaillent davantage, ses pores et ses espaces aréolaires intérieurs se gonflent et se dilatent, son parenchyme pulmonaire est comme une éponge imbibée d'eau ; mais c'est une éponge chaude, vivante et irritable : au lieu que, dans un pays

chaud; tous ses tissus sont serrés, et ses fluides se portent à l'extérieur. Il y a donc, sous un ciel brumeux et froid, une action vitale augmentée dans tous les tissus interstitiels, dans les glandes, dans les rameaux lymphatiques, dans les petites lames cellulaires des parenchymes, qui sont moins condensés que sous un ciel chaud, où l'homme est sec et a des muscles denses et vigoureux. Cela s'observe, non seulement sur les naturels des pays chauds, mais encore sur les habitans du nord qui s'y transportent: un changement s'opère en eux dans l'espace de quelques années, et ils prennent le tempérament des indigènes. Si le pays est modérément chaud, comme le midi de la France, la constitution est robuste; s'il l'est excessivement, elle est moins vigoureuse; mais toujours la même densité de texture, les mêmes tissus secs et condensés, avec les flancs resserrés et les cavités viscérales peu élargies, se remarquent: en un mot, tout est plus condensé dans l'intérieur.

Il n'est donc pas surprenant que des individus naturellement faibles contractent, en vivant sous un ciel froid et humide, différentes irritations ntérieures: de même que vous les voyez atteints de phlegmasies du canal digestif plus tenaces, dans lesquelles les follicules intestinaux se gonflent et s'épaississent, d'altérations des reins qui produisent des calculs et des états tuberculeux, d'hépatisations dans lesquelles il y a moins de sang et plus de sécrétions de matières lymphatiques tuberculeuses; de même vous les

voyez éprouver des altérations dans leurs poumons, qui, à force d'être obligés de réagir et d'être atteints de catarrhes, se surchargent de matières lymphatiques, et finissent par éprouver la dégénération tuberculeuse. Mais, me direz-vous, tout cela n'est-il pas un jeu de votre imagination?... C'est le fruit d'observations et d'expériences que vous pouvez répéter. Prenez les individus d'une famille dans laquelle existe une disposition à la phthisie et transportez-les dans un climat chaud, ils ne deviendront pas phthisiques; mais le malheureux ouvrier que vous désignez comme la victime dévouée de la fatalité ne peut ainsi transporter ses pénates, et n'échappe point à la mort.

Quelle est donc, en définitive, la prédisposition qui fait que l'on périt plutôt d'une phthisie tuberculeuse que d'une autre maladie? C'est une constitution faible, avec une poitrine étroite. Il est de fait que la poitrine ne se développe pas bien chez les enfans élevés dans les pays ombragés et humides. Si vous faites venir à Paris une famille de gens à large poitrine, et si vous la laissez s'y multiplier, vous verrez cette poitrine se rapetisser dans ses descendans. Elle a besoin, durant l'enfance, d'un aliment parfaitement pur pour se développer, et elle ne le trouve pas dans le sein des grandes villes, où les formes athlétiques s'effacent et sont remplacées par les formes grêles et alongées, et où il s'opère dans l'espèce une métamorphose et une véritable dégénération. C'est cependant dans Paris que l'on pré-

tend trouver tous les élémens de l'histoire de la phthisie pulmonaire. On veut faire en quelque sorte la loi à la médecine par les observations recueillies dans cette capitale. Mais ces observations ne ressemblent pas à celles que l'on recueillerait à Marseille, en Italie, en Espagne, à Calcutta, à la Havane, etc. C'est une prétention ridicule que de vouloir ériger en principes des faits observés sur quelques centaines de malheureux placés dans les conditions que je viens d'indiquer.

La mortalité de la phthisie n'est pas la même partout; mais on la retrouve plus ou moins égale dans les grandes villes, parce que les constitutions s'y détériorent, à tel point que les malheureux qui ont subi cette détérioration peuvent difficilement remplir la carrière de la vie: ils ne sont plus en mesure avec le chaud, le froid, l'exercice et tous les agens naturels; ils sont dégénérés de leurs ancêtres et ont perdu leur force originelle: ce ne sont plus des hommes. Le froid agit sur eux d'une manière extrêmement fâcheuse, et on les voit périr prématurément de pneumonie chronique, avec des poumons tuberculeux, pour peu que la maladie ait duré. Étonnez-vous, après cela, de trouver dans Paris un si grand nombre de maladies tuberculeuses! J'ai vu, dans un séjour humide et froid, en Hollande, un régiment, le 9e de ligne, presque entièrement composé de Parisiens, puisqu'il y en avait environ quinze cents, dans lequel les phthisiques tuberculeux étaient en telle pro-

portion, que le mot phthisie était devenu pour moi synonyme de tubercules. En voyant cela, il faut, m'écriai-je, que cette jeunesse soit bien dégénérée, et qu'elle ait un vice tuberculeux inné bien actif, pour que tout se dirige ainsi vers cette forme de dégénération du poumon!... Nous quittâmes ce séjour et nous partîmes pour Udine, en Italie. Là, beaucoup de ces Parisiens moururent de diarrhée. Je m'attendais à trouver chez eux ces masses de tubercules que j'avais contemplées chez les autres. Je n'en trouvai pas un, ou il n'en existait que chez ceux qui avaient toussé. Cette remarque bouleversa les idées que j'avais apportées des écoles, et néanmoins je persistai à vérifier les faits. Le hasard me ramena en Espagne, où je renouvelai mes observations. Je fus porté plus tard dans la partie la plus méridionale de cette contrée, près de Cadix, où assurément la chaleur est assez forte pour que les maladies de poitrine y soient rares: je me convainquis, par la fréquentation avec les habitans et les médecins du pays, qu'il n'y avait rien de si rare pour eux que les phlegmasies de poitrine et les tubercules, et que presque toutes leurs maladies consistaient en inflammations du canal digestif ou en fièvres intermittentes... Comment voulez-vous qu'après avoir observé ces faits je vienne encenser des ouvrages faits ici sur la portion de l'espèce la plus misérable de Paris!! C'est le froid humide qui produit les tubercules. La preuve en est encore chez les animaux des pays chauds, qui meurent dans nos ménage-

ries : vous leur trouvez les poumons remplis de tubercules, qu'ils n'auraient certes pas eus dans les pays où ils naissent.

Je ne comprendrais pas comment, en présence de pareils témoignages, on pût rester dans le scepticisme, si la phrénologie ne me disait qu'il existe des hommes organisés de manière à ne pouvoir ajouter foi à ce qu'ils n'ont pas inventé eux-mêmes, et dominés par l'ambition d'être législateurs.

Étant donnée cette mauvaise constitution, les phlegmasies pulmonaires pourront toutes se terminer par la pneumonie chronique, qui sera souvent tuberculeuse, tandis qu'elle ne le sera pas chez les individus mieux constitués. On vous donnera pour caractères de cette constitution, ou prédisposition, des cheveux blonds, un teint vif, une peau blanche, des chairs molles, etc.; mais ce n'est pas précisément cela. Le point fondamental est une poitrine étroite, une taille élancée, un cœur d'une activité disproportionnée à l'espace contenu dans la cavité thoracique; en un mot, la suraction d'un cœur renfermé dans une poitrine étroite, surtout s'il est hypertrophié et le sujet lymphatique et débile. Dans un degré de débilité encore plus marqué, il y a une telle tendance aux tubercules et aux subinflammations ganglionnaires, qu'il s'en forme à l'intérieur et à l'extérieur par les causes les plus légères.

Quant aux pneumonies consécutives, elles seront d'autant plus communes que les sujets

seront plus mal disposés et plus souvent soumis à l'action du froid.

Voilà ce que l'on peut dire de plus raisonnable sur l'étiologie de toutes ces maladies. Ce serait perdre son temps que d'aller leur chercher une cause cachée et d'admettre une sécrétion de matière spéciale, formée dans le sang, s'épanchant par ondées dans les poumons, et tout le roman que Laennec a bâti là-dessus. Cet auteur est admirable quand il s'agit de chercher des symptômes caractéristiques et de décrire des désordres anatomiques; mais, quand il faut considérer l'homme en rapport avec les modificateurs, il est nul, et, malheureusement, très passionné. Je sais que personne n'est exempt de passion; mais il faut au moins savoir les contenir et être véridique dans la chaire de vérité.

Occupons-nous maintenant de nous rappeler les caractères de la maladie déjà formée, de la suivre dans sa marche et d'en évaluer les symptômes.

Ces caractères sont, la crépitation, sorte de bruit ou de cliquetis, comme si l'on agitait du blé ou si l'on froissait du parchemin, le râle muqueux, un sifflement, un bouillonnement, le son obtus à l'endroit affecté, la difficulté, de respirer; quand le son mat est très étendu, non en rapport avec le bruit que l'on entend, et qu'il se rencontre avec une constitution débile et scrofuleuse, vous avez la probabilité d'une sécrétion considérable de corps étrangers dans le poumon, et souvent d tubercules; il y a quelquefois excrétion de ces

corps étrangers ou de fragmens de matière tuberculeuse qui ressemblent à des grumeaux de fromage flottant dans de la mucosité; mais il ne faut pas confondre cela avec l'excrétion des amygdales : j'ai vu des personnes qui se croyaient phthisiques et se mouraient de peur, que j'ai guéries d'un état hypocondriaque grave en leur donnant l'assurance que la matière caséeuse qu'elles rendaient venait des amygdales. Cette matière des amygdales est plus fétide que celle qui vient du poumon; et d'ailleurs, en ouvrant la bouche, on voit ces petits corps glanduleux enflammés et le produit qu'ils fournissent.

Le mouvement fébrile manque long-temps dans les pneumonies chroniques qui sont précédées de la sécrétion tuberculeuse du catarrhe.

L'inappétence n'existe, dans le commencement, que quand il y a gastrite. En effet, ainsi que nous l'avons déjà remarqué, la pneumonie chronique est très souvent consécutive à la gastrite. Il y avait long-temps que j'avais énoncé ce fait lorsque je lus dans un journal la découverte d'un médecin anglais qui prétend que la phthisie est souvent la suite de l'hépatite chronique, prétention erronée, à moins que l'on n'entende par hépatite la gastro-duodénite qui précède la maladie et qui coïncide souvent avec l'hypertrophie du cœur et les irritations bronchiques. Hors ce cas, et tant que la maladie n'est encore que dans le poumon, il n'y a pas d'inappétence. Lorsque cette inappétence existe avec la fièvre, les sueurs commencent à se manifester : il y a des accès de deux ou trois heures dans le

jour, et plus longs dans la nuit, et ces accès sont suivis d'une sueur copieuse; mais cela n'est point caractéristique du commencement.

On distingue deux, et même trois degrés de ce qu'on appelle vulgairement phthisie pulmonaire.

Le premier est celui où la phlegmasie n'a encore produit qu'un peu de crépitation, un son obtus et non encore mat, un mouvement fébrile peu marqué et point de consomption. Dans ce degré, les malades peuvent avoir des hémoptysies; plusieurs n'ont encore qu'une toux sèche, des douleurs dans le dos, du malaise, des chaleurs quand ils font de l'exercice, de la dyspnée quand ils marchent vite; la maladie est encore douteuse, et l'on peut la considérer comme une irritation qui n'a pas tout-à-fait le caractère désorganisateur. Ce degré n'est applicable qu'aux pneumonies chroniques ou phthisies primitives.

Le second degré offre un son mat et peut faire entendre ou ne pas faire entendre la pectoriloquie; car tous les sujets n'ont pas des cavernes. J'ai vu des phthisiques dont le poumon était plâtreux dans ses trois quarts supérieurs, auxquels il ne restait, dans sa partie inférieure, qu'un peu de parenchyme en partie perméable et en partie enflammé, et qui néanmoins n'avaient pas de cavernes et n'avaient même jamais rendu de crachats muqueux ni autres. (Je dois vous parler de toutes les nuances possibles de pneumonie chronique, afin que, lorsque vous serez partis, les uns vers le nord, et les autres vers le midi,

vous soyez préparés à les reconnaître toutes.) Quand il y a pectoriloquie, la caverne est manifeste ; on ne peut douter, surtout si le malade a souffert long-temps, qu'il n'y ait un détritus dans le poumon. Mais, de ce que la pectoriloquie n'existe point, on ne peut pas conclure qu'il n'y a pas de pneumonie chronique, si la crépitation, le son mat, la fièvre et les autres signes que nous avons indiqués existent, parce que les faits prouvent que l'on peut avoir eu des indurations rouges ou blanches pendant long-temps dans le poumon, et tomber dans le marasme, sans qu'il y ait de caverne. A ce degré, la fièvre existe dans la plupart des cas ; mais il est des individus dont le pouls est petit et la chaleur animale faible qui n'éprouvent presque pas de fièvre.

Dans le troisième degré, consomption complète ou marasme : les phlegmasies accessoires paraissent. Ce degré n'exclut pas la guérison, si la maladie est très circonscrite. Il est prouvé qu'il peut y avoir détritus d'un foyer de tubercules et excrétion de ceux-ci, et que ce foyer, une fois vidé, peut se resserrer, s'entourer d'une fausse membrane, et finir par se cicatriser. J'ai vu, dans le poumon, de ces cicatrices qui me paraissent être des ulcérations guéries, quelquefois la pseudo-membrane qui embrassait la masse tuberculeuse, s'endurcit, devient cartilagineuse, et même osseuse, après qu'elle s'est vidée, et il reste une pectoriloquie après la guérison. Ces différentes cicatrices peuvent se former quand il y a une sécrétion tuberculeuse unique et circonscrite qui ne conduit pas le malade bien loin dans

le marasme et quand les phlegmasies additionnelles n'existent pas ou sont peu considérables.

Ces phlegmasies sont celles de la gorge, de l'estomac, des intestins, de la vessie, etc., que nous allons passer en revue. Il est très important de distinguer ce qui appartient à la pneumonie chronique qui désorganise le poumon, de ce qui appartient aux phlegmasies secondaires des autres organes; car c'est une faute que l'on est trop accoutumé de faire, que de comprendre sous le nom de phthisie toutes les phlegmasies, qui surviennent aux phthisiques : ces phlegmasies, d'une part, peuvent exister sans qu'il y ait phthisie, et, d'une autre part, la phthisie peut être conduite de manière à ne pas se compliquer de ces phlegmasies. J'ai vu dernièrement un jeune homme ayant tous les signes de la phthisie, auquel on a prescrit un régime sévère et qui s'y est soumis avec une exactitude parfaite : la maladie a parcouru ses périodes sans mal de gorge, sans gastrite, sans entérite, sans diarrhée colliquative, et, ce jeune homme ayant néanmoins succombé, nous n'avons trouvé chez lui aucune trace de phlegmasie secondaire : il n'y avait que la pneumonie, qui était considérable et qui avait désorganisé le poumon en différens sens. J'ai rencontré beaucoup d'exemples semblables à celui-là, qu'il est bon de se rappeler, pour savoir conduire la maladie à la guérison, quand elle est circonscrite.

La fièvre est toujours proportionnée à l'étendue de la pneumonie, et nullement à la quantité des tubercules. J'ai trouvé des poumons,

d'un poids énorme, remplis d'une matière plâtreuse et tuberculeuse, au milieu de laquelle je vous aurais défié d'apercevoir la trace d'un vaisseau sanguin, sans qu'il y eût eu de fièvre. Elle est vive quand il se forme des excavations. Les phlegmasies additionnelles ajoutent à son intensité. Elle est plus vive encore quand la pneumonie est double. Elle a des paroxysmes, et même des accès, surtout quand il y a complication de gastro-duodéno-hépatite. Elle est long-temps nulle chez les vieux catarrheux, chez les scrofuleux inertes. Elle est excessive quand la gastro-entérite avec fièvre a précédé, et quand la pneumonie est la suite d'une maladie éruptive, telle que la rougeole, la variole et la scarlatine. Elle est brûlante quand l'irritation vasculo-nerveuse et l'état hypertrophique du cœur existent, surtout après les crues rapides. Elle s'accroît par le printemps, quand cette saison ne guérit pas l'affection de poitrine : l'inflammation pulmonaire reçoit alors un nouveau degré d'activité, parce que la gastro-entérite s'y ajoute. Le printemps est funeste aux phthisiques, de même que l'automne. Tous les stimulans activent la fièvre; tout ce qui agit fortement sur le canal digestif l'exaspère. La fièvre donne la mesure de l'inflammation du poumon et des inflammations additionnelles; mais elle ne donne pas la mesure de la secrétion tuberculeuse : c'est le son mat, sans signes d'inflammation des parenchymes, qui vous fait présumer la grande étendue et le grand nombre des tubercules.

Les sueurs sont en raison de la fièvre et des

redoublemens. Quoiqu'il y ait quelquefois plusieurs redoublemens dans la journée, il n'y a cependant guère de sueurs que la nuit, parce que les malades sont alors plus couverts.

Quoi qu'on en ait dit, la diarrhée abat les sueurs : seulement, quand elle vient de bonne heure chez un sujet encore fort, elle ne les arrête pas d'abord, et on la fait cesser facilement; mais, quand elle se développe chez un individu déjà épuisé, elle abaisse le pouls, elle refroidit l'extérieur du corps, à cause des évacuations intestinales qui détruisent les redoublemens et font quelquefois cesser l'agitation, le délire, l'excitation cérébrale et l'illusion des malades : le cerveau est moins stimulé quand ces évacuations surviennent, elles font tomber la petite ivresse fébrile qui produit la gaieté, de sorte qu'on ne peut prédire qu'un phthisique mourra gaiement.

Les crachats sont muqueux dans le principe, comme ceux de la bronchite ordinaire; quelquefois même ils sont muqueux dans tout le cours de la maladie, ainsi que l'a observé Laennec, et cela s'explique : il se trouve des individus chez lesquels la circulation est rapide, la fièvre vive et l'absorption tellement active, qu'ils résorbent tous les produits de la suppuration des poumons et de la sécrétion bronchique avec une force dont on ne se fait pas d'idée. J'ai reconnu des cavernes considérables et des pectoriloquies, avec son clair, chez des individus de cette espèce, sans qu'ils eussent toussé. Un phthisique du quartier du Temple, à Paris, m'a surtout offert ce caractère, que ja-

vais déjà observé dans le midi de la France. Mais, en général, ces cas sont rares. La suppuration peut venir des bronches, et elle ressemble alors à celle du catarrhe; elle peut venir de tubercules qui tombent en détritus, et l'on voit nager dedans des grumeaux gris qui ressemblent à du fromage écrasé; elle peut provenir de cavernes, et l'on y voit mêlés des crachats arrondis et pelotonnés; elle peut venir du détritus du poumon éprouvant une résolution qui fait ressembler ceux-ci à du jus de pruneaux; elle peut venir d'une caverne formée dans une hépatisation fondue; enfin elle peut n'être que de sang pur : cette expectoration sanguine, dans le courant de la maladie, n'a rien de commun avec l'hémoptysie du commencement, c'est-à-dire qu'elle n'est pas indépendante d'une altération du parenchyme; elle ressemble aux hémorrhagies qu'on observe chez les personnes atteintes d'entérite chronique avec ulcération, chez les femmes affectées d'ulcères de la matrice, chez certains scorbutiques qui ont des ulcères dans la bouche ou des plaies extérieures : il se fait une congestion, provoquée par la phlegmasie, et cette congestion se termine par l'exhalation sanguine; mais cela n'a pas lieu dans toutes les phthisies, et paraît être l'effet d'une prédisposition particulière du système vasculaire, qu'on peut le plus souvent rapporter à une sur-activité du cœur, à un état hypertrophique de cet organe, et à la facilité avec laquelle le sang est poussé jusque dans les plus petits rameaux. Dans d'autres cas, le sang vient

de la rupture d'un gros vaisseau, soit par les efforts de la toux, soit par l'érosion inflammatoire des cavernes : alors il coule à grands flots, et le malade est suffoqué. Les personnes qui ont eu des hémoptysies dans le commencement, sont exposées à mourir d'hémorrhagies pulmonaires pendant le cours de ces maladies. J'ai connu un monsieur qui, à la suite d'une sueur rentrée, il y a dix mois, éprouva une hémoptysie qu'il négligea. Il conserva une irritation pulmonaire qui dégénéra en pneumonie chronique, laquelle, après quatre ou cinq mois d'invasion, quand les chaleurs du printemps se furent fait sentir, lui donna trois attaques d'hémoptysie, dont la dernière l'emporta. Son poumon gauche, hépatisé, contenait, à la partie supérieure, trois cavernes, *sans tubercules*, avec des orifices vasculaires béans.

J'ai encore à vous parler de la raucité, de la toux, de la gastrite, etc.; mais l'heure avancée m'oblige de renvoyer ces objets à la prochaine leçon.

CINQUANTE-NEUVIÈME LEÇON.

28 mars 1832.

Messieurs,

Nous avons insisté sur la nécessité d'évaluer les symptômes de la pneumonie chronique, communément appelée *phthisie*, afin qu'on n'en fît par un groupe ou une entité, et qu'on donnât à chacun d'eux le degré d'importance qui lui appartient.

Nous avons d'abord parlé de la fièvre, que nous avons trouvée proportionnée à l'étendue de la pneumonie et non à la quantité des tubercules, dont il est prouvé qu'on peut avoir les poumons farcis sans éprouver de fièvre. La présence de ces corps dans le poumon donne de la dyspnée, mais ne produit pas de mouvement fébrile. La prétention contraire est une erreur contre laquelle je me suis inscrit depuis long-temps, et j'en appelle, à cet égard, à l'observation attentive des faits, convaincu qu'elle parlera en ma faveur. Je le répète donc : les tubercules ne produisent point la fièvre, et sont le résultat d'une irritation des tissus interstitiels et aréolaires du poumon, peu active, et ne déterminant la fièvre que lorsqu'elle s'étend dans d'autres tissus.

Je vous ai indiqué les différens degrés d'activité de cette fièvre, d'une manière générale, en

vous disant qu'elle est proportionnée à la pneumonie et aux phlegmasies additionnelles, et d'une manière particulière, en vous désignant chaque complication. Elle est presque nulle chez les vieux catarrheux, avec paroxysmes quand il y a gastrite ou duodénite, et même sans cela, très vive dans la gasto-entérite et les phlegmasies éruptives, excessive lorsque l'irritation sanguine a précédé, que le cœur est vigoureux, la circulation précipitée, etc. Je ne sais quelle fatalité s'attache à mes paroles : quand je vous entretiens d'une nuance de maladie, je suis presque sûr de la rencontrer le lendemain. Hier, en sortant d'ici, j'ai été appelé près d'un jeune homme de dix-huit ans, qui, pendant une crue rapide, n'a présenté que les symptômes de l'hypertrophie du cœur, avec un mouvement fébrile de plus en plus vif, et est resté dans cet état pendant un certain temps, après lequel on s'est aperçu qu'il avait une caverne dans le poumon gauche. Le médecin instruit qui me l'a présenté m'a déclaré qu'il n'y avait eu antérieurement aucun signe de pneumonie. J'exposerai sous vos yeux, à la fin de cette leçon, les pièces anatomiques d'un semblable sujet dont nous avons fait ce matin l'autopsie, et vous verrez que je n'appuie mes propositions que sur des faits constans, après les avoir remises mille fois en question, comme Harvey, qui, pendant neuf ans, répéta ses expériences, et vérifia sa découverte de la circulation avant de la publier.

Les sueurs sont en raison de la fièvre et des redoublemens; elles sont une espèce de crise résultant d'un mélange de fièvre intermittente avec la phlegmasie continue, plus fortes en été qu'en hiver. Elles peuvent alterner avec la diarrhée, quoiqu'on ait soutenu le contraire; mais cela n'a lieu que dans le commencement, lorsque l'individu est fort et la phlegmasie du colon superficielle et passagère; car, du moment que la diarrhée tient à une désorganisation viscérale, elle abat les sueurs et la fièvre, quoiqu'il reste une fréquence du pouls, témoignage des irritations viscérales.

Les crachats muqueux prouvent la bronchite, et précèdent de beaucoup la sécrétion tuberculeuse. Quelquefois ils restent long-temps tels : les malades n'expectorent alors que le produit de la bronchite, tandis que celui des cavernes suppurantes est résorbé; à peine entend-on le gargouillement là où la résorption se fait, parce qu'elle est si prompte et le mouvement circulatoire si rapide, que rien ne reste épanché ou extravasé. Il est d'autres malades, au contraire, qui sont lymphatiques, qui tendent à l'œdème, chez lesquels les fluides sont stagnans, et qui excrètent beaucoup de mucus et de pus. Ceux qui ont un obstacle à la circulation expectorent fréquemment. Les personnes sèches peuvent parcourir les périodes de la phthisie sans présenter autre chose que les crachats du catarrhe, et encore peu abondans. Il y a des individus qui crachent de la mucosité seule, d'autres rien que du pus, d'au-

tres du pus et de la mucosité mélangés, d'autres du pus et des fragmens de granulations tuberculeuses. Tout cela dépend du degré d'activité de l'inflammation, de la rapidité de l'absorption et du mouvement désorganisateur, etc. Les crachats pelotonnés sont un signe de suppuration ; ceux qui sont visqueux et opaques se trouvent quelquefois mêlés à des crachats purulens. Il est facile de les distinguer les uns des autres. Il arrive souvent qu'à l'époque où se fait la fonte purulente les malades sont soulagés, parce que la sécrétion abondante du pus dans le foyer détruit la congestion sanguine : c'est alors que leur vient l'espoir, que la dyspnée se dissipe, et qu'ils conçoivent des projets rians.

Les hémoptysies peuvent dépendre d'une excrétion de sang dans les cavernes, excrétion qui abrège la maladie et précipite la mort, ou d'une rupture de vaisseaux. Je vais vous en mettre dans quelques instans un exemple sous les yeux. C'est le poumon d'un phthisique qui pouvait encore prolonger ses jours, s'il ne lui fût pas survenu une hémorrhagie pulmonaire qui a épuisé tout-à-coup ce qui lui restait de forces.

Continuons l'examen et l'évaluation des autres symptômes de la phthisie.

La raucité. Elle peut être primitive et dépendre d'un ulcère du larynx, le poumon ne s'étant affecté que consécutivement ; mais le plus souvent elle est secondaire. La majeure partie des pneumonies, surtout celles qui ont été traitées par les stimulans, ne se terminent pas sans que

l'inflammation ait remonté dans la trachée et le larynx, et l'on voit alors la raucité, signe de la phlegmasie. L'aphonie peut arriver sans ulcération du larynx et sans avoir été précédée de la raucité, par suite de la désorganisation du poumon, parce que cet organe affaissé et excavé ne se prête plus à l'expulsion de l'air nécessaire à la phonation. Mais, quand la raucité a précédé l'aphonie, il y a grande probabilité d'ulcères dans le larynx, et d'autant plus, que quand une phlegmasie arrive tard et secondairement, elle passe aisément à la suppuration.

La douleur. Elle existe souvent au début, dans le dos, sous la clavicule, et elle est alors le signe d'une extrême congestion du poumon, ou d'adhérences. On peut constater celles-ci par le stéthoscope : quand on sent du râle près de l'oreille et que la douleur augmente à la pression, on peut penser qu'il y a une adhérence de plèvre à plèvre. Mais la douleur, dans ce cas comme dans beaucoup d'autres, est un signe infidèle : il y a des individus qui ont des adhérences et qui n'éprouvent pas de douleur, tandis que d'autres en éprouvent sans avoir d'adhérences. Quand elle existe, elle indique une forte congestion vis-à-vis de l'endroit où elle est perçue, et l'on peut la prendre pour guide dans le traitement. Pendant les progrès de la maladie, la douleur peut survenir par des pleurites consécutives que le froid détermine, et qui, d'ordinaire, se déclarent dans la partie inférieure du poumon, la supérieure ayant contracté des

adhérences au pourtour de la pneumonie. Ces pleurites peuvent être suivies d'épanchemens, que vous constatez par le son mat, l'œgophonie, l'éloignement de l'air, etc. La douleur peut être le résultat d'une phlegmasie qui perfore le poumon, ainsi que l'a fort bien observé M. Louis. J'ai constaté ce fait il y a plus de vingt ans, et je vais vous en rendre compte. Une personne a en même temps une pleurite et une pneumonie du même côté : tout-à-coup elle est prise de douleurs extrêmement vives et d'un surcroît de fièvre ; après ces douleurs viennent le spasme, la contraction, la crispation des traits ; ce qui était épanché dans la plèvre est rendu par la bouche ; le son devient clair là où il était mat, et vous avez la certitude que la douleur dépend de la perforation du poumon. Ces perforations sont rares et ne peuvent se faire que lorsqu'un liquide est épanché entre le poumon et la plèvre ; autrement, il y a long-temps qu'il est collé aux côtes lorsque l'ulcération arrive à sa périphérie. Il peut y avoir aussi douleur dans le bras par propagation de l'irritation aux nerfs du plexus brachial. Quand le poumon est entièrement collé sous les clavicules, l'inflammation se propage très facilement de ce viscère aux nerfs correspondans. Le sujet dont j'ai à vous présenter les pièces a eu de ces doulenrs persévérantes dans l'épaule gauche. Les autres douleurs n'ont rien de particulier et sont relatives aux points de l'économie où l'inflammation peut se développer.

La dyspnée. Elle est en raison de l'étendue de

la pneumonie, très considérable si celle-ci est double. Quand la marche de la maladie est extrêmement rapide et que le malade perd en peu de temps l'espace respiratoire sans avoir été saigné en proportion, il a beaucoup de dyspnée. Du reste, que la pneumonie chronique soit tuberculeuse ou non, quand elle ne s'étend pas, la dyspnée est peu prononcée. Elle est excessive quand il existe dans le poumon des granulations multipliées et que la phthisie tuberculeuse devient générale. Point de principes à établir, au reste, sur la rapidité des progrès qu'elle peut faire. J'ai vu des malades se trouver en quelques semaines dans une angoisse excessive. Elle est augmentée par les phlegmasies sous-diaphragmatiques, la gastrite, la duodénite, l'inflammation de la partie convexe du foie, etc, par l'état hypertrophique et anévrismatique du cœur, par une pleurite qui forme collection : s'il survient à un pauvre malade ne respirant plus que par la partie inférieure du poumon, un épanchement pleurétique qui comprime tout-à-coup cette dernière, vous concevez dans quelle angoisse il doit se trouver. La dyspnée est peu considérable si l'inflammation marche lentement et si elle épuise peu à peu le malade sans lui causer beaucoup de fièvre, en un mot, si elle amène graduellement le marasme. Elle est quelquefois très grande quand il se forme des tubercules sans fièvre, comme cela se voit chez les sujets scrofuleux, qui, pour la plus légère irritation pulmonaire,

éprouvent ce genre d'altération. Elle est d'autant plus considérable que la poitrine est plus coarctée, que le sternum est plus enfoncé, que le cœur est plus gêné dans ses mouvemens. Les vieux catarrheux, les personnes détériorées par des bronchites multipliées, chez lesquelles souvent le poumon est vaste, s'endurcit et contracte une couleur noire que l'on a voulu particulariser sous le nom de mélanose, qui ont une duodénite ancienne en marche de désorganisation, et auxquelles survient en outre une diarrhée qui les consume, éprouvent peu de dyspnée jusqu'au dernier moment. La pneumonie chronique, chez elles, n'est qu'une addition aux nombreuses altérations qui les détruiraient seules. La dyspnée augmente par le redoublement de la fièvre et par l'exercice.

La toux. Elle est en raison du degré d'irritation des bronches, de la trachée et du larynx, en raison de l'activité du système nerveux, et non de la compression du poumon. Voilà pourquoi les phthisiques qui commencent par avoir de petits catarrhes, étant pleins de vigueur, que l'on craint de saigner, qui ont la poitrine étroite, le teint fleuri, qui ressentent souvent des agacemens, des démangeaisons de poitrine, toussent beaucoup et ont le sens interne pulmonaire continuellement stimulé, irrité, agacé. Il peut y avoir beaucoup de dyspnée sans toux. Quand le mouvement fébrile est vif, l'excrétion déposée dans les bronches par le mouvemant inflammatoire est irritante, âcre, brûlante,

et provoque la toux. Il est aussi des cas dans lesquels l'excrétion purulente des cavernes a les mêmes qualités et produit le même effet. La toux annonce toujours la stimulation du sens interne respiratoire.

Les *phénomènes gastriques* sont plus ou moins prononcés. Dans le moindre degré, ils paraissent bornés aux sécréteurs ; mais ce sont toujours des nuances de phlegmasie, car les irritations se tiennent et se fondent les unes dans les autres. L'irritation gastrique peut avoir eu l'initiative avec la duodénite et persister pendant la maladie ; ou bien elle peut disparaître quand la phlegmasie est devenue prédominante dans le poumon ; car un organe plus actif dérobe l'irritation à un autre, une première irritation cède la place à une qui vient après elle. Beaucoup de personnes ont la gastrite depuis plusieurs mois, et même plusieurs années, avec une petite toux sèche, sans affection du poumon, quoiqu'on ait soutenu le contraire et qu'on ait prétendu qu'elles ont alors une éruption de tubercules. Cette irritation gastrique peut persister pendant la pneumonie chronique, ou cesser et tendre à revenir plus tard. Les phthisies que l'on a nommées aiguës (fausse expression) ne sont que des pneumonies chroniques qui marchent plus vite que les autres, et que vous pouvez appeler, si vous voulez, sub-aiguës. Dans ces pneumonies sub-aiguës il y a beaucoup d'oppression, de malaise dans la poitrine et d'irritation dans l'estomac et le duodénum ; le malade ne mange pas ;

a la langue rouge, de la soif, etc. Cette irritation, qui survient au début ou pendant le cours de la maladie, peut cesser au moyen des antiphlogistiques. Toutes les fois qu'il m'arrive d'être appelé près d'un malade atteint de pneumonie chronique et de gastrite, et qui ne peut manger, je dis à mes confrères : « Vous avez là une complication de phlegmasie gastrique : appliquez des sangsues, et le malade mangera ; mais les sangsues ne guériront pas sa pneumonie chronique. » En effet, après les sangsues, l'appétit revient et le malade digère. On peut ainsi arrêter plusieurs fois cette phlegmasie. Le sujet dont je vous présente les poumons a eu quatre ou cinq invasions de gastrite et de gastro-entérite, que nous avons arrêtées. Si, au lieu de lui appliquer des sangsues, nous nous fussions contenté de le mettre à la diète, il serait mort plus tôt; cela est indubitable.

Il n'y a rien d'absolu sur la marche de cette gastrite. Elle tend à revenir et précède souvent l'entéro-colite, qui se présente d'ordinaire sur la fin de la maladie. Son explosion est alors difficile à empêcher. Cependant, je me suis assuré que la pneumonie pouvait aller à la consomption complète sans que la gastrite s'y joignît. Du reste, elle ajoute à la fièvre et à l'oppression, et elle peut prendre tout-à-coup le caractère typhoïde et enlever le malade. C'est alors qu'un prosecteur d'anatomie ou un fataliste vous dira qu'il a trouvé des tubercules innés chez un individu mort de fièvre adynamique ou de dotinenthérie. Mais il

n'y a de tubercules innés que ceux qu'apportent les enfans en naissant, après avoir éprouvé une phlegmasie dans le sein de leur mère; car un enfant peut venir au monde avec une pneumonie chronique tuberculeuse, aussi bien qu'avec une gastrite, une pleurite, un érysipèle, etc. : beaucoup de maladies sont possibles pendant la vie intra-utérine, comme pendant la vie extra-utérine. Mais l'enfant qui apportera des tubercules en naissant ne s'élèvera jamais bien et ne passera pas l'âge de quatorze à quinze ans, quoi qu'en puissent dire les personnes qui soutiennent le contraire, et qui se laissent abuser par des observations mal présentées, d'individus adultes morts de gastro-entérite pendant le cours d'une pneumonie chronique tuberculeuse. Il faudrait remonter à l'origine des tubercules chez ces individus, et ne pas tant se presser de déclarer qu'ils sont innés.

L'entérite se voit plus rarement que la gastrite dans le cours de la pneumonie chronique. Elle est marquée par la tension du ventre, le météorisme, la sensibilité, les borborygmes, les embarras qui suivent la digestion quatre heures après qu'elle a commencé. Cette phlegmasie peut être arrêtée et se reproduire ensuite. Si l'on ne s'en rend pas maître, elle finit toujours par franchir la valvule iléo-cœcale et amener la diarrhée colliquative.

L'entéro-colite vient presque toujours du haut et précède rarement la pneumonie chronique. S'il arrivait néanmoins qu'elle l'eût précédée, elle

cèderait quand celle-ci se serait déclarée; autrement, la pneumonie chronique ne pourrait marcher : si l'entéro-colite causait d'abondantes évacuations, il ne resterait pas assez de matériaux pour entretenir une fièvre vive; le malade mourrait par cette complication, et la maladie principale ne serait pas dans la poitrine. Mais presque toujours l'entéro-colite cède quand l'inflammation règne dans la partie supérieure, et elle ne reparaît que sur la fin de la maladie. Lorsque vous ouvrez le cadavre d'un phthisique chez lequel la gastrite, l'entérite, la colite n'ont pas été arrêtées, chose commune, vous trouvez des désordres dans l'estomac, dans l'intestin grêle, à la valvule iléo-cœcale et dans la portion ascendante du cœcum. Cette entéro-colite n'a pas de marche voulue; mais elle tend toujours à se reproduire et à occasioner des pertes considérables qui abattent la fièvre, refroidissent l'extérieur du corps, et hâtent l'épuisement et la fin du malade.

Telles sont les principales disséminations de l'inflammation dans la pneumonie chronique. Plusieurs peuvent manquer, même la diarrhée, par un régime sévère.

Les autres complications, comme les abcès, les fistules à l'anus, les dépôts extérieurs, les furoncles, les dartres, etc., peuvent survenir à toutes les époques. Si elles se montrent dans le commencement, quand l'inflammation n'a pas encore désorganisé le poumon, elles peuvent révulser la pneumonie. C'est dans ces cas qu'on peut

dire avoir vu des phthisies suspendues par des dépôts fistuleux à l'anus, par des clous, des dartres, etc. C'est aussi dans ces cas que les ontologistes prétendent que l'être phthisie n'est plus au poumon, mais à l'anus, à la peau, et que, s'il abandonne ces parties, il retournera au poumon.

Les encéphalites, les arachnitis, les folies, sont rares, mais se voient. Des péritonites, des péricardites, des cardites, des urétrites, des métrites, etc., peuvent aussi se présenter, car où l'inflammation ne se répand-elle pas? Mais il n'y a aucune raison de composer une entité phthisie d'un groupe de symptômes formé de tous ces élémens et donné comme invariable: c'est la pneumonie chronique seule qui est essentielle dans cette maladie. La question est de savoir si elle est ou non tuberculeuse, et surtout s'il y a plus ou moins de désorganisation dans le poumon, attendu que c'est là ce qui donne la mesure de la difficulté du traitement.

Telle est la manière dont la phthisie pulmonaire doit être envisagée. Je croirais vous faire injure si je revenais sur cette idée, que les phénomènes actifs de cette maladie ne sont que l'effet de l'inflammation, et que c'est le mot de pneumonie chronique qui lui convient.

Les *nécroscopies* montrent d'abord des indurations dans le poumon; c'est le phénomène fondamental. Elles varient en couleur, et peuvent être rouges, grises, noires, jaunes, blanchâtres, plus ou moins semblables au foie gras,

sans aucune tendance à la suppuration, ou avec une infiltration purulente et des cavernes. Celles-ci sont plus ou moins considérables, se rencontrent dans les indurations rouges, noires et grises, mais ne se voient guère dans les indurations sèches et purement albumineuses. Il peut y avoir de la matière tuberculeuse ou ne pas y en avoir : le plus ordinairement elle se trouve dans les indurations, en kystes, en granulations, en corps arrondis, en masses agglomérées. Ces granulations ont plusieurs degrés de consistance, et se présentent comme de petits corps opaques, ou demi-transparens, blanchâtres ou jaunâtres, tantôt friables, tantôt non friables, séparés les uns des autres ou accumulés, formant des espèces de groupes qui constituent de gros tubercules. Les tubercules enkystés ne sont que des amas de cette matière grisâtre ou jaunâtre, enveloppée d'une seule membrane ou de plusieurs superposées par couches.

La matière tuberculeuse est ce qui varie le plus. Elle se présente d'ordinaire par petites taches irrégulières, anguleuses, qui semblent avoir été sécrétées par le tissu du poumon. Si on l'entame, elle a une apparence caséeuse ; si on l'exprime, on voit que c'est de l'albumine dégénérée, quelques uns disent de la fibrine. On donne une grande attention à toutes ces formes ; mais c'est toujours le même principe, l'inflammation, qui les produit. On dirait, à l'importance qu'on leur accorde, que nous avons rétrogradé au-delà de Boerhaave. Cette matière n'est que de l'albumine

et de la fibrine altérées par le mouvement inflammatoire ou subinflammatoire; et, quand on a dit cela, je ne vois pas ce qui reste à dire. Il est possible que cette matière s'infiltre peu à peu chez les scrofuleux, de manière à envahir la majeure partie du poumon, surtout dans la région supérieure, et à lui faire acquérir un poids énorme. Sa consistance varie comme sa couleur. J'ai vu, en Hollande, des espèces de granulations aussi dures que des calculs, des concrétions semblables à des pattes d'écrevisses. Quelles explications donnerez-vous de pareilles altérations? mettrez-vous leurs différences en rapport avec les mouvemens vitaux divers qui les produisent? vous ne le pouvez pas. Ce que vous pouvez savoir et ce qu'il importe beaucoup de ne point ignorer, c'est que ces sécrétions sont des produits de l'irritation, que leur accumulation contribue au son mat, à la dyspnée, et, en général, que seules elles occasionent peu de fièvre; que les sujets chez lesquels elles se forment sont de constitution lymphatique, ont été soumis au froid, et que surtout, ayant vécu long-temps avec l'irritation, ils ont contracté la malheureuse habitude de la supporter sans presque y penser.

Du reste, vous pouvez trouver des cavernes dans l'induration rouge, grise, jaune, sans granulations tuberculeuses de leurs parois; ou bien vous pouvez remarquer quelques sécrétions tuberculeuses à des distances assez éloignées pour avoir la certitude que le foyer ne résulte pas de la fonte d'un tubercule. Vous pouvez aussi rencontrer des masses tuberculeuses arrondies,

grosses comme des noisettes, plus ou moins, de manière à être sûrs que la caverne résulte du détritus de ces masses. Mais il n'en reste pas moins prouvé que la congestion sanguine peut fondre la substance pulmonaire et y produire des cavernes sans tubercules (1).

Quant à l'explication de la formation des tubercules, ils ont été considérés comme naissant par de petites vésicules qui sécrètent une matière constitutive de chaque tubercule tel qu'on le voit. Il est possible, en effet, que des granulations tuberculeuses commencent ainsi et soient le fruit d'une irritation qui se serait fixée sur quelques petites aréoles du tissu cellulaire ou sur quelques vésicules bronchiques; mais ce n'est pas là la forme générale de tous les corps tuberculeux, et cette origine n'est pas applicable aux épanchemens et aux gros kystes, qui contiennent des masses énormes de matière tuberculeuse; elle ne peut convenir qu'aux granulations qui surviennent dans les vésicules bronchiques par l'effet de l'irritation qui y accumule les petites parcelles de matière caséeuse dont elles se trouvent farcies. Mais cette matière peut venir aussi dans les aréoles du tissu interposé entre les vaisseaux sanguins et ces vésicules, et dans ces vaisseaux eux-mêmes; elle peut également se former dans les cavités et les parois des vaisseaux lymphatiques, ainsi que dans ces petites glandes lymphatiques conglobées du poumon,

(1) On trouve aussi des tubercules à une certaine distance des indurations et des cavernes, dans le parenchyme de la base qui paraît sain; mais qu'on les examine bien, et l'on observera autour d'eux les traces de l'inflammation qui les a sécrétés.

comme l'expérience le prouve. Pour tout dire en un mot, on voit se sécréter dans toutes les parties du corps, et jusque dans les os, de la matière tuberculeuse, quand l'irritation a régné long-temps à un léger degré. Le berceau de la matière tuberculeuse se trouve dans les tissus blancs et peu sanguins, ou dans ceux qui, après avoir été sanguins, ont cessé de l'être sans perdre leur irritation. Toutes les désorganisations tuberculeuses, encéphaloïdes, squirrheuses, transparentes ou semi-transparentes comme la couenne de lard cuite, sont des produits de l'irritation ayant résidé long-temps dans les tissus blancs aréolaires, dans les tuniques des vaisseaux fins, dans tous les endroits où le sang ne pénètre pas en grande quantité. En effet, quand il y a beaucoup de sang dans le poumon, il ne s'y forme pas de tubercules; ce n'est que lorsque l'irritation y est long-temps modérée et incapable de déterminer cette congestion rapide qui tend à faire déborder le sang dans tous les interstices de l'organe.

Les tubercules occupent souvent la partie supérieure du poumon, parce qu'elle est la plus habituellement surexcitée, et que c'est elle dont l'irritation provoque le plus ordinairement la pneumonie chronique. La matière tuberculeuse se développe aussi dans la partie inférieure et mince du même organe, où l'irritation ne vient pas le plus communément par les bronches, mais par une inflammation moitié séreuse et moitié parenchymateuse : dans la pleurite sub-inflammatoire ou chronique nous avons vu que quelquefois la portion du poumon qui touche à la

plèvre costale était rouge, indurée, épaissie et pleine de tubercules. Ceux-ci peuvent donc se développer dans tous les points du poumon, sous les trois formes que nous avons indiquées; mais le fait est qu'ils se montrent préférablement dans les parties qui ont le plus souffert de l'inflammation au degré que nous avons indiqué. Comme, d'un côté, la pneumonie chronique est plus souvent le résultat du catarrhe ou de la bronchite que de l'inflammation du poumon ou de celle de la plèvre, il en résulte que la matière tuberculeuse occupe plus souvent la partie supérieure de l'organe que l'inférieure; et comme, d'un autre côté, c'est surtout dans la partie supérieure et postérieure que les secousses et les tiraillemens de la toux se font le plus sentir, et que les bronches déposent l'irritation, il s'ensuit que c'est aussi là que se sécrète le plus facilement et le plus abondamment la matière tuberculeuse. Vous reconnaîtrez, dans les autopsies, si elle est primitive, ou si elle est consécutive à la pleurite, par les signes commémoratifs et par l'état des fausses membranes. Celles-ci sont plus nouvelles, moins bien organisées, ou il n'y a que de la sérosité épanchée dans la plèvre, quand son inflammation est secondaire. On peut trouver aussi la communication d'un épanchement pleurétique avec un foyer pulmonaire par perforation. La plèvre est alors plus sanguine, plus irritée, et le liquide qu'elle contient est âcre et fétide.

On trouve quelquefois dans le larynx des ulcérations, de la carie, des exsudations, qui

peuvent être primitives ou secondaires. La membrane muqueuse des bronches peut être enflammée et ulcérée; mais les ganglions bronchiques ne sont pas malades en raison directe de l'affection des bronches. Quelquefois l'inflammation a envahi le pharynx et l'œsophage, qui sont d'un rouge brun et ramollis.

L'estomac peut être sain, mais cela est rare; on y trouve presque toujours les mêmes altérations que dans les gastrites. Le duodénum est souvent granuleux; les intestins grêles offrent souvent aussi l'aspect de l'entérite chronique. On a voulu faire de leurs petits ulcères circulaires un attribut de la phthisie pulmonaire; mais cela n'est nullement fondé; car on observe ces petits ulcères chez des personnes qui n'ont pas souffert du poumon. Ce n'est pas l'être phthisie qui s'est établi dans les intestins, mais une phlegmasie consécutive par laquelle la membrane muqueuse est facilement détruite, parce que le sujet est débile: en général, quand il survient une phlegmasie dans des tissus non encore atteints d'inflammation, chez des sujets affaiblis, la suppuration s'y forme promptement. Les ganglions mésentériques sont malades, si l'entérite a duré long-temps. Mais, si l'on parvient à préserver le canal digestif d'inflammation, on y trouve peu de désordres. Ainsi, les suppositions que l'on a voulu consacrer solennellement sur les ulcérations intestinales et les tubercules mésentériques, pris pour caractères de la phthisie pulmonaire, sont fausses. L'entérite peut ne pas exister, ou, si elle existe, elle ne

diffère point de celle qui n'est pas accompagnée de phthisie. Nous savons, du reste, que l'irritation se répète dans les tissus de même ordre avec plus ou moins de rapidité : de même que l'inflammation d'une articulation peut passer successivement ou exister simultanément dans plusieurs, que celle d'un point de la peau peut se répéter dans d'autres points, que la suppuration peut persister chez un malade couvert d'abcès; de même la génération tuberculeuse peut, jusqu'à un certain point, se faire en même temps dans plusieurs tissus blancs. Cela constitue de grands faits généraux ou des lois, dont il ne faut pas faire des abstractions séparées des organes.

Le cœcum est souvent malade quand l'entéro-colite a existé; mais il y a rarement de l'inflammation dans l'arc et dans la partie inférieure. Cela dépend, au reste, de la durée de la phlegmasie et des *ingesta ;* car nous ne vivons pas d'une manière indépendante, et il faut toujours voir les viscères sous l'influence des modificateurs.

Les altérations des ganglions mésentériques sont en raison des inflammations intestinales, et tendent, dit-on, à perforer le canal digestif. Je n'ai rencontré aucun exemple de perforations semblables; mais je n'en nie point la possibilité.

On a prétendu que l'affection du foie dans laquelle il se présente jaune et quelquefois gras, était un caractère propre de la phthisie; mais je ne saurais l'admettre. Si l'on s'était donné la peine d'aller chercher la preuve de cette assertion dans les pays chauds, où il y a beaucoup de gastrites, de duodénites, et par conséquen

de foies gras et jaunes, on ne l'y aurait pas trouvée ; car cette altération s'y voit le plus souvent sans la phthisie. Si, dans la latitude où nous vivons, dans la position sociale où nous nous trouvons, le contraire s'observe, c'est-à-dire si l'on trouve souvent des foies gras et jaunes avec la phthisie, cela tient, je crois, à l'influence du climat, à la longueur de nos hivers, qui associent les phlegmasies pulmonaires aux phlegmasies du tube digestif; cela dépend aussi de la faiblesse et de la dépravation des constitutions, qui rendent plus communes les subinflammations du poumon et du foie, car l'état jaune et gras est un état subinflammatoire; enfin cela provient de ce que l'irritation se propage promptement des voies gastriques au foie, et, en général, d'un organe à beaucoup d'autres. Il suffit à certains médecins que l'on trouve dans le poumon une granulation grosse comme un grain de millet pour mettre le foie gras sur le compte de la phthisie pulmonaire. Mais que leur méprise est grande! C'est l'inflammation qu'il faut envisager : quand un organe la supporte depuis longtemps, les autres se détériorent. Le foie gras, chez les phthisiques, s'associe toujours à une irritation antécédente du pylore, du duodénum ou des intestins grêles, et celle-ci peut être antérieure ou postérieure à l'affection pulmonaire.

Il y a encore beaucoup d'autres désordres possibles dans la phthisie, parce que toutes les inflammations peuvent se compliquer avec elle; mais il serait superflu de les exposer ici, puisque nous les avons déjà décrits ou qu'ils le seront à leur place.

SOIXANTIÈME LEÇON.

30 mars 1832.

—

Pronostic et traitement de la pneumonie chronique.

Messieurs,

Vous avez entendu l'appréciation des symptômes de la pneumonie chronique, et je vous ai rendu compte des nécroscopies, qui ont été classées suivant la priorité d'affection des organes et l'intensité des désordres. Maintenant il nous reste quelques réflexions à faire sur ces nécroscopies, que je ne vous reproduirai point, parce qu'on les trouve partout. Le plus important est d'interpréter les faits connus et de revenir continuellement sur les interprétations, afin de voir si elles ont été bien faites ; car, pour les faits, ils sont toujours les mêmes, et la nature est immuable. Vous avez vu que les tubercules n'existent pas toujours dans les inflammations chroniques du poumon, et vous avez remarqué que, quand ils existent, il n'y en a pas nécessairement dans tous les organes. J'ai cherché à vous faire conclure de nombreuses séries d'observations, que les tubercules ne sont autre chose que le produit d'une irritation morbide, une sorte de suppuration, puisqu'il faut trancher le mot. C'est ce que nous avons encore constaté ce matin au Val-de-Grâce, dans une pleurite, où l'on voyait du pus de différentes nuances, depuis celle du

pus phlegmoneux jusqu'à la nuance concrète qui imite les tubercules. En effet, si quelquefois on trouve autour des tubercules de fausses membranes ou de petites pellicules, ce sont les feuillets du tissu aréolaire qui se sont développés et hypertrophiés en produisant la sécrétion morbide. Je le répète : nous trouvons tous les jours, dans les cadavres des hommes qui meurent d'inflammations chroniques, le pus à différens degrés de consistance, depuis celui qui ressemble au pus du vésicatoire, jusqu'à la prétendue matière cérébrale; ce sont tout simplement des fixations dans leurs vaisseaux, ou des extravasations avec fixation, de la matière animale vivante et circulante, qui s'altère plus ou moins et conserve ou perd ses caractères primitifs dans cette même fixation, et tout cela s'opère avec une intervention plus ou moins active des capillaires sanguins, sous l'influence d'un phénomène unique, dont les résultats se diversifient à l'infini.

On a prétendu que les tubercules ne se développaient pas après l'âge de quinze ans dans les différentes parties du corps, et que, quand il s'en trouvait dans les poumons, passé cet âge, ils étaient innés; mais cela est faux : on les trouve à tous les âges et dans toutes les conditions; seulement on peut dire que les tubercules se forment plus facilement avant la puberté, moins facilement dans l'âge adulte, plus facilement après cette dernière époque chez les sujets de constitution lymphatique, qui, sous ce rapport, se rapprochent des enfans et des femmes; plus difficilement chez les individus bien constitués, plein de sang, non sujets

aux sécrétions séreuses interstitielles et aux dépôts de matières produites par l'irritation des systèmes aréolaires, qui ont les tissus serrés, la fibre musculaire dense, le cœur peu irritable, la poitrine bien développée, comme les habitans des pays de montagnes et du midi de l'Europe, chez qui, d'ailleurs, les irritations pulmonaires sont rares, parce que la chaleur appelle continuellement le sang à la peau.

Nous avons vu, relativement à la prédominance tuberculeuse, que, quand il existe des tubercules dans une cavité viscérale, il y a tendance au développement du même phénomène dans d'autres cavités, de même que les personnes sujettes aux hémorrhagies peuvent en éprouver par plusieurs surfaces ; que celles qui ont eu une suppuration dans une région du tissu cellulaire peuvent l'avoir successivement dans plusieurs parties du corps ; que celles qui ont contracté une inflammation rhumatismale sont exposées à en contracter d'autres, si l'on n'arrête pas la première, etc. Mais cela n'empêche pas qu'un individu qui a des productions tuberculeuses dans plusieurs organes ne puisse avoir à côté d'elles des nuances d'inflammation suppuratoire, ulcéreuse, hémorrhagique, etc. Je vous ai dit, à l'occasion des cancers de l'utérus, que, lorsqu'il y avait dans cet organe une dégénération squirrheuse, encéphaloïde, mélanosée, etc., la phlegmasie ou la subinflammation qui l'avait produite troublait l'économie et pouvait développer une véritable inflammation suppurante dans d'autres organes, et que c'était une erreur de croire que la même entité cancé-

reuse dût se développer dans ceux-ci : c'en serait une aussi de penser que, dans la phthisie, l'entité tuberculeuse dût envahir toute l'économie; car, si le poumon tuberculisé est dans un état de chaleur et d'inflammation vive, ce sera l'inflammation et non des tubercules qu'il déversera sur les autres viscères.

Le *pronostic* de la pneumonie chronique secondaire se tire de l'intensité de l'inflammation primitive. Ainsi, lorsqu'une pleurite, une pneumonie, un catarrhe, ont été intenses, négligés, mal combattus, à moitié éteints, exaspérés par des excès et portés long-temps, on a plus à redouter de la pneumonie chronique que dans les circonstances opposées.

Le pronostic de la pneumonie chronique primitive se tire du degré d'irritation vasculaire sanguine antécédente. Mais il faut ici beaucoup de discernement. Savez-vous ce qui se passe dans l'esprit du commun des médecins et ce qu'ils disent à l'infortuné qui se présente à eux avec une irritation du cœur, un état d'hypertrophie de cet organe, et une activité vasculaire et nerveuse insolite? Après l'avoir ausculté et avoir vérifié le libre accès de l'air dans tous les points de son poumon, ils se moquent de lui et le traitent de malade imaginaire. Qu'ils le revoient quelques mois plus tard, ils le déclarent phthisique et lui uppôsent des tubercules préexistans à toute irritation sanguine et pulmonaire. Mais vous, lorsque vous voyez une irritation du cœur continuelle rendre un malade essoufflé et lui occasioner une gastrite, une entérite, des hémorrhagies, songez à la possibilité et à l'imminence des

tubercules, et traitez l'état inflammatoire dans cette période où les inattentifs se contentent de prescrire les antispasmodiques de l'état nerveux.

En effet, le *traitement* de cette nuance doit être antiphlogistique. Si vous vous y prenez avant la désorganisation, vous pouvez l'arrêter; mais il faut saigner copieusement et interrompre les études, car ce sont fréquemment les jeunes gens les plus studieux qui sont atteints de cette fatale maladie. Mais surtout point d'hésitation, le demi-savoir ou le défaut de hardiesse peut occasioner le désastre d'une famille : pendant que vous attendez que la maladie soit dessinée et que le groupe de symptômes se soit complété, elle fait des progrès et devient incurable. Aussitôt donc que vous reconnaissez une surexcitation du système vasculaire, avec développement du cœur, hâtez-vous de traiter le malade et de l'envoyer dans les pays chauds, où il devra rester jusqu'à ce que sa poitrine se soit développée. Si vous ne pouvez obtenir l'émigration, tâchez de créer autour des malades un été artificiel pendant la saison hivernale, et prescrivez le repos et le silence le plus possible.

Lorsque la crépitation s'est manifestée dans cette nuance, il y a moins de ressource : en peu de temps il peut se faire une désorganisation et des cavernes, parce que l'irritation a préparé le ramollissement des parenchymes, et non parce que des tubercules ont préexisté, car le plus souvent il n'y en a pas. Quand même la maladie se présenterait à la suite d'un refroidissement ou d'une autre cause évidente, il faudrait encore se hâter de la traiter et faire tout son possible

pour vaincre la répugnance du malade s'il se refusait à l'exécution des prescriptions. C'est le cas pour le médecin d'user de tout l'ascendant que lui donne sa science et de montrer de l'assurance et de la fermeté : s'il balance, son malade se décourage, perd confiance, et tout est manqué.

Quand la désorganisation est consommée, le pronostic se tire du nombre et de l'étendue des cavernes, qui se reconnaissent par le gargouillement, le son clair au centre et le son mat au pourtour de la pectoriloquie. Il faut, autant que possible, déterminer le nombre et l'étendue des points de pectoriloquie, de matité, de crépitance. Il y a des sujets chez lesquels cela se borne à un point qui n'est pas quelquefois plus grand qu'une pièce de cinq francs. Si vous les soumettez de bonne heure au traitement antiphlogistique, secondé par les exutoires, vous pouvez les guérir, ainsi que le prouvent les autopsies, qui montrent de ces cavernes cicatrisées. Lorsque vous découvrez un son mat, il faut y placer des ventouses, des sangsues, mettre le malade à la diète, entretenir des exutoires, les renouveler, les multiplier, prescrire le repos, un régime doux, l'immobilité, le silence. Il serait anti-rationnel de recommander à un phthisique l'exercice à pied, qui accélère le cours du sang et l'accumule dans le poumon. L'exercice à cheval ou en voiture, pourvu que les extrémités du malade ne se refroidissent pas, serait seul admissible.

Le pronostic et le traitement, que nous faisons marcher de front, peuvent être en partie déduits de la nature des expectorations. Quand le ma-

lade expectore de la mucosité, qu'il n'y a pas de crépitation forte ni de caverne, il est probable qu'il ne s'est pas fait de destruction dans la substance du poumon, et vous avez de l'espoir. C'est alors qu'il faut insister d'une manière particulière sur les saignées générales et locales, et envoyer le malade dans les pays chauds, afin d'esquiver la désorganisation du poumon; on lui recommande aussi d'observer strictement le régime approprié à l'état inflammatoire, c'est-à-dire de ne vivre que de substances féculentes et lactées. Si ce sont de jeunes sujets, ils digèreront presque tous facilement les alimens lactés; mais, si ce sont des personnes avancées en âge, elles pourront ne pas s'en arranger. C'est pourquoi, dans ce cas, comme dans ceux où le lait semble trop nourrir, où le pouls prend un nouveau degré de force, il faut y renoncer et préparer des fécules à l'eau. Il y a une foule de farines qui conviennent, celles d'orge, de riz, de froment, et surtout celle de maïs, qui se cuit mieux à l'eau que les autres. Ce n'est pas la sensualité qu'il faut rechercher alors, mais ce qui lui est le plus opposé. Tant que les malades ne sont pas dans le marasme, on doit les nourrir extrêmement peu et leur peser les alimens. Quand ils sont dans un état inflammatoire prononcé, et qu'ils ont de la difficulté à manger, on les tient à une diète complète pendant deux ou trois jours, et ensuite on commence à leur concéder une once, deux onces, quatre onces d'alimens par jour. Dans les intervalles, on leur donne des boissons adoucissantes. S'ils ne sont pas dans un état de consomption et

s'ils n'ont pas eu dès le début une irritation gastro-duodénale avec l'inflammation pulmonaire, on peut réussir en persévérant dans ces moyens. Il ne faut pas mal présumer de ses efforts ou croire à leur inutilité à cause de prétendus tubercules, qui ne sont pas prouvés. Il faut traiter les malades selon les symptômes et les indications, qui se tirent de la force et de l'activité du sujet, et des signes de la congestion du poumon. Si l'on peut faire émigrer vers les pays chauds, ce moyen est au-dessus de tous les autres. On a parlé de la navigation comme fort avantageuse... ce n'est sans doute pas de la navigation sur les côtes. J'ai navigué, et je sais ce qu'il en est : on ne trouve nulle part de température plus variable que sur les côtes. En pleine mer, à la bonne heure ! la température est beaucoup plus uniforme, surtout si l'on s'avance vers les régions équatoriales. En pleine mer, il s'élève de sa surface une petite vapeur aqueuse qui humecte les poumons, et l'on respire un air vraiment salubre. Mais, conclure de ce fait que la navigation et l'air maritime des côtes, surtout de celles de la Bretagne, soient convenables aux phthisiques, c'est par trop se méprendre. Étant de ce pays, j'y ai observé des phlegmasies de poitrine et des phthisies, et j'ai vu qu'elles étaient plus nombreuses sur les côtes que dans l'intérieur des terres, excepté pourtant dans les pays marécageux ou sur le revers des montagnes exposées au midi. On avait imaginé que c'étaient les émanations des plantes marines qui produisaient cet effet, et il paraît qu'on l'avait pensé de bonne foi; car on a fait apporter à Paris des varechs, et l'on

a jonché les chambres des malades de ces plantes prétendues balsamiques. Mais on n'en a retiré aucun bon résultat: on avait mal interprété les bons effets de l'influence de la mer, qui proviennent de l'uniformité de température, et qui avaient été obtenus surtout dans les voyages de long cours dirigés vers les pays chauds. Ainsi, c'est véritablement l'uniformité de température chaude qui convient pour dégorger le poumon et contrebalancer sa tendance aux sécrétions tuberculeuses.

Lorsque l'expectoration amène des fragmens de pus ou de matière concrète, qui ressemblent à des tubercules, le cas est grave, surtout si le son mat et le gargouillement coexistent. Mais il ne faut pas, pour cela, condamner le malade; il est possible qu'il guérisse, si l'affection est tout-à-fait circonscrite. Le traitement de cet état diffère peu de celui que je viens d'indiquer. C'est pour ce cas que l'on a cru que les balsamiques, tels que le baume du Pérou, la térébenthine, etc., étaient utiles: on en a composé des pilules balsamiques renommées, auxquelles Morton a donné son nom, et qui contiennent des substances résineuses aromatiques et des narcotiques; mais tout cela ne mérite pas la confiance qu'on y a attachée. Ce qui convient, c'est d'aspirer quelques vapeurs émollientes pour ramollir des matières endurcies, quand l'expectoration est tenace et difficile. Du reste, il ne faut point se départir du traitement antiphlogistique. Si la caverne est formée, elle s'ouvrira, et l'évacuation des

tubercules sera suivie de la formation d'une fausse membrane qui se rétractera, se condensera, se réduira à une petite cicatrice, ou restera sous la forme d'une coquille béante. Si la substance pulmonaire est saine autour de cette cavité, quoiqu'elle communique avec les bronches, le malade pourra vivre. Mais ce n'est point avec des substances aromatiques que l'on hâtera sa guérison ; c'est en arrêtant les progrès de l'inflammation. Si les cavernes se multiplient, s'il y a une fièvre et une désorganisation actives, et si la consomption marche rapidement, le traitement n'est plus que palliatif.

Quand il est survenu une hémoptysie à une personne chez laquelle vous avez constaté la pectoriloquie, vous devez être dans la plus grande appréhension ; car elle peut mourir par une rechute. Le moyen de la prévenir, c'est d'abord d'employer le traitement antiphlogistique et de le pousser aussi loin que possible, et ensuite de recourir à la révulsion, aux vésicatoires placés sur la poitrine ou aux extrémités, d'administrer la digitale, le sirop de pointes d'asperges, la thridace, l'acide prussique. Mais cet acide, qui diminue, à la vérité, les pulsations du cœur, est délicat à manier ; il vaut mieux se servir de l'eau de laurier-cerise, à la dose d'un scrupule à deux gros dans une potion. Quant à l'eau de cerises noires, elle ne peut inspirer de confiance, elle est trop alcoolique et trop stimulante.

Le siége de l'inflammation doit influer aussi sur le pronostic et le traitement : quand elle est

sous la clavicule, elle marche toujours plus vite et désorganise plus promptement que dans la partie inférieure, où elle reste facilement circonscrite et où elle est quelquefois resserrée et comprimée par le foie : pour peu que le malade prenne de l'embonpoint, il s'établit là une espèce de compression avantageuse qui tend à fermer et à faire cicatriser les cavernes. Cependant la maladie y reste quelquefois chronique : nous avons ouvert, la semaine dernière, un sujet qui avait dans cette partie une tumeur tuberculeuse en forme de kyste, composée de couches superposées de petites membranes. On a prétendu que la matière qui forme ces sortes de tumeurs était uniquement composée de fibrine ; mais cela n'est point exact : la fibrine peut concourir à leur formation dans une plus ou moins grande proportion, suivant le degré d'inflammation, comme elle concourt à celle du pus ; mais elle ne les constitue pas seule : elles sont un mélange de fibrine et d'albumine modifiées par l'inflammation d'après des lois impénétrables pour nous. Ces kystes ont du rapport avec les caillots des anévrismes et sont formés de couches semblables à celles de ces tumeurs. Mais revenons au siége de l'inflammation pulmonaire. Je dis que la phlegmasie chronique de la partie inférieure du poumon, et même de sa partie moyenne, offre moins de danger que celle de sa partie supérieure. Le traitement est du reste le même. Les saignées, les exutoires, doivent être placés vis-à-vis des points de rénitence, de son mat et de pectoriloquie.

Dans le cas de pleurite consécutive survenant pendant la marche d'une pneumonie de la partie supérieure du poumon et remplissant tout-à-coup un côté de la poitrine d'un épanchement qui vient comprimer et atrophier ce qui reste de parenchyme perméable, le danger augmente, l'oppression est plus grande, le pouls s'accélère davantage, les malades sont plus souffrans : vous devez, aussitôt que vous voyez survenir la pleurite, la combattre par les émissions sanguines, si l'état du sujet le permet, s'il n'est pas tombé dans le marasme ; car, dans le cas contraire, elles ne sont plus de mise, et vous n'avez plus qu'à établir des vésicatoires ou des ventouses sèches vis-à-vis de l'endroit qu'occupe l'épanchement.

Pour les douleurs vives qui surviennent subitement pendant la marche de la maladie et qui font craindre la perforation du poumon, surtout quand elles existent de l'un et de l'autre côté et qu'il y a simultanéité de pneumonie et de pleurite, elles constituent un cas fort grave, et sont ordinairement un présage de mort. Alors la fièvre redouble, le pus est résorbé, une odeur fétide s'exhale par tous les pores, et le malade s'empoisonne lui-même. Comme dans la petite-vérole et dans toutes les suppurations résorbées, il y a infection générale des fluides, avec un mouvement de réaction qui consume le phthisique en peu de temps. Vous avez peu de chose à opposer à ce grave accident; les seuls moyens qui vous restent sont les calmans et les chlorures. Cependant, si la perforation n'avait

lieu que dans un poumon, et que l'autre fût parfaitement sain, le sujet n'étant pas du reste en consomption, il pourrait, ainsi que l'expérience le prouve, vivre des années avec ce foyer. J'ai vu des malades qui ont vécu dix ans en cet état. Ce que vous auriez alors de mieux à faire serait de calmer l'inflammation : vous courriez la chance, si la perforation était l'effet d'une altération locale circonscrite et que la dégénération tuberculeuse ou autre n'eût plus rien d'inflammatoire dans son pourtour, qu'il s'établît une communication libre entre la plèvre et les bronches et qu'il se formât une sorte de membrane muqueuse artificielle, à la faveur de laquelle le foyer de la pleurite se viderait. Il serait même possible que ce foyer se rétrécît et que le malade guérît complètement. En tous cas, le plus sûr est toujours de combattre l'inflammation et d'empêcher qu'elle ne désorganise le reste du poumon : les antiphlogistiques, les exutoires, les calmans, le régime, sont donc encore ici les meilleurs moyens à employer. Si le malade est dans la consomption, il n'y a que le traitement palliatif.

Quelquefois des signes de gangrène surviènnent : les malades peuvent, ainsi que nous l'avons vu, rendre par les crachats des bourbillons gangréneux venant de la plaie qui a établi une communication entre le foyer pulmonaire et le foyer pleurétique. Cette circonstance aggrave beaucoup la maladie, mais ne change rien aux indications que nous avons posées. Le chlorure est indiqué quand il s'agit de remédier à la putridité; mais il faut

aussi remarquer qu'il doit être employé en quantité très modérée, pour ne pas surirriter les voies gastriques et ne pas ajouter de nouveaux accidens à ceux qui existent.

Voilà les principaux élémens du pronostic, à côté desquels j'ai placé les données curatives pour les phlegmasies pulmonaires proprement dites.

Occupons-nous maintenant des phlegmasies additionnelles, qui sont des choses à part, ne faisant pas nécessairement partie du cortége de la pneumonie chronique.

La laryngite secondaire marche promptement à la désorganisation; elle est donc d'un présage funeste, surtout quand elle se montre tard. Du reste, il n'y a presque rien à faire; il suffit de quelques adoucissans, de quelques petites saignées locales, si le malade a la force de les supporter, de quelques aspirations émollientes et de quelques topiques. Il serait inutile de prodiguer des moxas et des exutoires actifs; ils ne seraient bons que dans le cas où la laryngite serait primitive, où elle ne serait pas arrivée à la carie, et où elle ne se compliquerait pas d'une phlegmasie désorganisatrice du poumon.

La gastrite s'arrête facilement dans le commencement de la maladie, surtout quand elle est consécutive à la pneumonie et accidentelle. Mais quelquefois elle est primitive : dans ce cas, si le poumon n'est point encore altéré, si la respiration est libre et s'il n'y a que des secousses de toux sèche, on réussit souvent à arrêter la pneumonie par le traitement de la gastrite et de la duodénite, en dégorgeant le duodénum, le

poumon et le foie simultanément, en mettant le malade au régime lacté et féculent, en recommandant le repos et la tranquillité. Si, la maladie du poumon étant avancée, la gastrite se prononce, on peut l'arrêter trois, quatre, cinq, six fois, et prolonger la vie. Si on la méconnaît ou si on la considère comme un satellite obligé de la phthisie, si, à plus forte raison, on la traite au moyen des purgatifs ou des vomitifs, elle hâte la destruction du malade, parce qu'elle l'empêche de se nourrir, qu'elle descend dans les intestins grêles et les gros, et qu'elle produit la diarrhée. C'est souvent de cette manière que commence la dernière scène inflammatoire qui termine les jours du phthisique. Il importe donc de traiter le plus tôt possible cette complication, ou de la modérer, au moins autant qu'on le peut, par quelques sangsues à l'épigastre, l'abstinence, les adoucissans ; mais il ne serait pas permis, si le malade était en consomption, de lui ôter une seule goutte de sang.

Pour l'entérite et la duodénite, même précepte. Elles sont rarement seules l'une et l'autre dans le courant de la maladie ; on peut les arrêter quand elles sont récentes, et ici je ferai la même réflexion que tout à l'heure : s'il y a encore assez de forces, il faut user des émissions sanguines ; s'il n'y en a pas assez, il faut se borner au régime, aux fomentations, aux révulsifs, etc.

Il en doit être de même de l'entéro-colite. Aussitôt qu'on voit le météorisme, les borborygmes, l'écoulement des matières chyleuses, que les anciens appelaient lientérie et qu'ils at-

tribuaient à l'engorgement des ganglions mésentériques, lientérie qui n'est qu'un effet de l'entérite, il faut tâcher de remédier à celle-ci, s'adresser à la région iléo-cœcale par les saignées locales, si le sujet est encore assez fort, provoquer sur l'épigastre des rubéfactions ou des éruptions par les sinapismes et la pommade stibiée, ou par d'autres moyens propres à établir une sécrétion, faibles moyens, mais qui pourtant peuvent réussir quelquefois, employés avant la consomption. Si l'entéro-colite n'arrive que lorsque le sujet est dans le marasme, elle est le signe de la mort : elle fait toujours tomber le pouls, refroidit la peau, jette dans l'apathie et le découragement, parce que, le mouvement fébrile venant à cesser, le malade voit toute l'horreur de sa situation. Alors le pronostic est mauvais et le traitement presque nul ; il ne reste qu'à employer quelques narcotiques et à nourrir avec des boissons légèrement féculentes.

Les phlegmasies extérieures, les dépôts et les fistules à l'anus, arrivant chez une personne qui commence à souffrir de la poitrine, peuvent quelquefois suspendre le cours de la maladie et agir comme des exutoires ; mais, si celle-ci est trop avancée, il n'y font plus rien. On doit les respecter quand leur apparition est suivie de la suspension de la marche de l'irritation pulmonaire, qui n'était pas encore arrivée à la désorganisation, et laisser se consolider la santé du malade pendant un ou deux ans avant d'entreprendre de les supprimer. Il en est de même des clous, des dartres, des furoncles, que

l'on voit quelquefois arrêter l'affection pulmonaire commençante. Ces phlegmasies extérieures sont d'autant plus facilement révulsives, que le poumon est moins altéré et que la peau a été affectée dans un temps antérieur; mais il ne faut pas croire qu'elles aient la propriété de faire rétrograder une désorganisation avancée, non plus que le sublimé corrosif ou le calomel, que l'on administre quand on suppose que la phthisie est vénérienne.

Les complications de péritonite ou d'arachnitis sont toujours funestes, mais se présentent rarement; c'est pourquoi il n'est point venu à l'esprit des nosographes de les faire entrer dans le cortége de la phthisie pulmonaire. On voit aussi des phthisiques mourir d'apoplexie. Tout cela est l'effet de l'irritation qui se propage.

Le début par *infarctus* des glandes bronchiques chez les scrofuleux est malheureusement très difficile à apercevoir, et ne s'observe guère que dans le nord, chez les sujets apathiques, ni nerveux, ni sanguins, dont les poumons se remplissent de tubercules considérables sans qu'il se manifeste de phénomènes capables de donner l'éveil. Cependant un médecin physiologiste attentif qui exercerait la médecine dans ces contrées, pourrait obtenir des succès en faisant transporter aussitôt le malade dans un pays chaud, lui couvrant la poitrine d'exutoires et tout le corps de laine, en faisant, en un mot, tout ce qui est nécessaire pour appeler l'action vitale à l'extérieur. Mais cette forme de phthisie se déclare le plus souvent chez des malheureux

toujours en butte au froid, mal préservés de l'influence de l'atmosphère, jamais ranimés par la chaleur et la lumière, passant les nuits et les jours dans des réduits obscurs et plongés dans un air rempli d'émanations fétides : comme ils ne peuvent changer de pays, ils sont voués à la mort, et vous n'avez qu'un faible service à leur rendre en palliant leur mal.

Résumons maintenant dans le moins de mots possible le traitement de la pneumonie chronique, qui est celui de toutes les phlegmasies, avec les modifications apportées par l'organe :

1° Le traitement de la pneumonie chronique secondaire est celui de l'inflammation primitive qui peut l'entraîner après elle. Si ce traitement a été manqué, il reste peu de ressources : dès que l'émaciation commence, il n'y a plus que les palliatifs.

2° Le traitement de la pneumonie chronique primitive réclame promptement les antiphlogistiques, les sédatifs du cœur, l'abstinence, la chaleur soutenue à la peau, le repos physique et moral.

3° La pneumonie chronique débutant par la gastrite demande d'abord que l'on détruise celle-ci.

4° Débutant par l'hémoptysie, elle doit être combattue par les émissions sanguines générales et locales, le silence absolu, le repos, le sommeil prolongé, la privation de tout exercice musculaire, les sédatifs du cœur, les exutoires, les pays chauds.

5° Débutant par de petits catarrhes, elle exige

les antiphlogistiques, le régime sévère, les révulsifs multipliés, les sédatifs des sécrétions pulmonaires.

6° Commençant par l'état scrofuleux, elle supporte moins les antiphlogistiques, et réclame de nombreux exutoires et la chaleur extérieure. Si l'on emploie les prétendus fondans des tubercules, il faut en surveiller l'effet sur le système gastrique.

7° Traitement de toutes les nuances de la pneumonie chronique quand elle n'a pas été arrêtée : le marasme survenant, plus d'émissions sanguines, exutoires, régime doux, lacté, féculent; calmer les accidens; attendre, si la maladie est circonscrite, que la nature la guérisse par une cicatrisation. Cette guérison est possible de deux manières : 1° en faisant avorter ou résoudre les tubercules; 2° en laissant marcher la maladie jusqu'à ce que la nature ait détruit toute la masse dégénérée et qu'elle l'ait remplacée par une cicatrice. La première guérison, niée par Laennec, est néanmoins possible. Tous les jours les riches l'obtiennent en se rendant dans les pays chauds, et il y en a même qui ont eu de ces attaques un grand nombre de fois et qui les ont guéries, sans émigration, par les antiphlogistiques : un des anciens doyens de la faculté de médecine de Paris en a eu une vingtaine, qu'il a arrêtées.

8° Traitement des disséminations ou des principaux symptômes qui entravent la marche de la maladie et font souffrir les malades : apaiser l'irritation chaque fois qu'elle se relève et par-

tout où elle se montre, détruire les accès de fièvre, s'ils sont trop prononcés, avec le sulfate de quinine administré prudemment, par la voie inférieure, si l'intestin est sain, avec l'extrait sec de quinquina, si l'estomac est dans le même état; mais il ne faut pas trop insister sur ce médicament, comme faisait Corvisart, qui le donnait à tous ses malades, car je l'ai vu souvent exaspérer la fièvre. Un médecin physiologiste saura toujours en régler l'emploi.

9° Traitement des sueurs : on les diminue en calmant la fièvre et en usant des sédatifs du cœur, de la digitale, du sirop de pointes d'asperges, de l'acétate de plomb, de l'opium, etc. On ralentit les mouvemens du cœur, surtout en ne faisant pas manger les malades le soir.

10° On calme la toux par les antiphlogistiques quand elle provient d'un surcroît de phlegmasie, par les narcotiques et les révulsifs dans les autres circonstances.

11° On cherche à détruire les phlegmasies qui viennent compliquer et précipiter la marche de la maladie.

12° On respecte les phlegmasies extérieures faisant office d'exutoires.

13° Quand il survient un surcroît d'oppression, il se rattache à une phlegmasie double, ou à une pleurite qui a comblé le peu d'espace respiratoire restant, ou à une phlegmasie sous-diaphragmatique, ou à une inflammation du cœur, ou à ce que le malade, en partie guéri par le traitement antiphlogistique, s'est abandonné à son appétit et a fait trop de sang.

Il faut approprier le traitement à chacune de ces circonstances.

Enfin, messieurs, une réflexion sur le phénomène de l'inflammation, que nous avons étudié dans tant de tissus et d'organes différens, va terminer ce que j'ai à vous dire. Vous voyez que ce phénomène est partout le même, qu'il se communique facilement d'un organe à un autre, mais qu'il peut être arrêté dans sa marche. Cette dernière proposition, que l'on s'efforce de nier parce que c'est le moyen de réduire au néant ce que nous avons fait, est fondamentale : je maintiens que les émissions sanguines et les révulsifs employés à temps font échouer l'immense majorité des maladies inflammatoires, empêchent le développement de presque toutes les fièvres, et préviennent les désorganisations viscérales. Voilà ma proposition. Je la présente dans sa plus grande simplicité afin d'éviter à ceux qui voudront la combattre la peine de chercher des argumens captieux : qu'ils me prouvent qu'elle est fausse, et je conviens que toutes mes idées ne sont que des illusions; mais, s'ils ne le peuvent, la question est jugée par cette impossibilité même : notre cause est gagnée, et la science a subi une révolution.

C'est surtout aux jeunes gens qu'il appartient de vérifier nos principes dans de bonnes cliniques ; car, s'ils fréquentent celles où l'on a pour habitude de laisser marcher les maladies ou de détruire l'effet des antiphlogistiques par des stimulans, ils croiront que les inflammations ont une marche nécessaire, une

durée invariable, ou qu'elles sont sujettes à des irrégularités impossibles à comprendre. En général, on met peu d'empressement à suivre les cliniques, ou l'on ne suit que celles qui sont obligatoires pour obtenir ses grades. Il faut, pour nous juger, fréquenter assidûment les hôpitaux dans lesquels nos préceptes sont mis en pratique.

Voilà ma tâche finie pour ce semestre. Elle comprend environ la moitié de ce cours, qui sera continué au mois de novembre prochain, et terminé sans doute après un second semestre. Je vais, dans l'intervalle, poursuivre mes travaux pour vous en apporter de nouveau le tribut.

P.-M. GAUBERT.

FIN DE LA SOIXANTIÈME LEÇON

ET DU TOME SECOND.

TABLE

DES MATIÈRES DU TOME SECOND.

FIN DE LA TABLE DU TOME SECOND.

